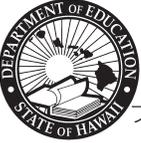


ハワイ州・Department of Education (教育省)
HOMELESS CONCERNS OFFICE
(ホームレス支援施策局)
475 22nd Avenue
Honolulu, Hawaii 96816
電話: 808-305-9869
フリーダイヤル: 1-866-927-7095
FAX: 808-735-8229



支援受給資格決定のためのアンケート調査
MV1
マッキニー・ベント・ホームレス支援法
(MVA)

アンケート調査は
全児童の回答が
1年間、セクション2
でボックスにチェッ
クマークを入れた
児童については
7年間保管され
ます。

生徒の氏名 _____ 学校 _____

セクション1: 児童/保護者/法定後見人がホームレスの状況にない
(個人の意志で友人や家族と暮らしている場合を含む)

(セクション1にチェックを入れた場合は、ここで中止し、下記に保護者/法定後見人の署名をして、用紙は完了です。)

セクション2: 児童/保護者/法定後見人: (該当するボックス にチェックを入れてください)

- 住居喪失や経済的困窮が原因で友人や家族と暮らしている
- 浜辺、キャンプ場、公園、ホテルなどで暮らしている
- テント、車、バス、その他一時的な建造物の中で暮らしている
- 家庭内暴力のシェルターで暮らしている
- 緊急避難所や過渡的な避難所で暮らしている (丸で囲むか、リストにない場合は名称を記入してください)
 - カウアイ:** Kauai Economic Opportunity: Manaolana, Lihue Court、その他: _____
 - ハワイ:** Kihei Pua, Beyond Shelter, Na Kahua Hale of Ulu Wini-Kaloko Transitional、その他: _____
 - マウイ:** Ka Hale A Ke Ola: Centralセンター/Westsideセンター、その他: _____
 - オアフ:** Family Promise, Institute for Human Services (IHS)、Loliana、Ohana Ola O Kahumana、Maili Land、Vancouver House、Nakolea、Seawinds、Paolu Kaiaulu (Waianae Civic Center)、Weinberg Village Waimanalo、Ulu Ke Kukui、Ka Ohu Hou O Manoa、Family Assessment Center、その他: _____
- 定常的な夜間の宿泊場所がない
- 一人暮らしの青少年

保護者/法定後見人の署名

名前を活字体でご記入ください

日付

上記セクション2でいずれかのボックスにチェックを入れた場合は、食事や元の学校への送迎など、MVAのサービスを受ける資格があるかもしれません。学校職員の助言に従って、保護者/法定後見人または一人暮らしの青少年は、この用紙の裏面と残りのMVA用紙に記入してください。

このアンケート調査はマッキニー・ベント法への対応 (42 U.S.C. 11434a(2)) を目的としています。

収集された情報は、マッキニー・ベント法に従って教育サービスを提供する目的でのみ使用され、連邦法および州法で保護されています。

セクション3:

学校名 _____

元の学校 _____
(前の学校、または定住所からお子様が最後に通っていた学校)

児童の氏名 _____ 男子 女子

生年月日 _____ / _____ / _____ 学年 _____

兄弟姉妹(0~5歳児を含む)

氏名	年齢	学校	学年
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

セクション4: 連絡先情報

住所 _____ 市 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先:

氏名 _____ 関係 _____ 電話番号 _____ Eメール _____

氏名 _____ 関係 _____ 電話番号 _____ Eメール _____

セクション5: 児童の申請内容

無料または割引料金の食事 元の学校への送迎 その他 _____

注: この学校に通っている他の全児童と同等のサービスを受けます。

セクション6: 保護者/法定後見人

私はHomeless Concerns Liaison (ホームレス支援協会) から連絡があることを理解し、同意します。

保護者/法定後見人の署名 _____ 電話番号 _____ 日付 _____

セクション7: 学校記入欄

学籍番号 _____

在籍状況:

- 地区の学校(児童の現住所の学区内にある学校)
- 元の学校(定住所があるときに通っていた学校/前の学校)
- 越境(GE)
- その他 _____

学校管理職の氏名(活字体) _____ 肩書 _____

学校管理職の署名 _____ 日付 _____

上記に署名することにより、学校代表者はMVAの情報とこの用紙のコピー1部が保護者/法定後見人に提供されたことを認めます。