



**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO
CUESTIONARIO PARA MIGRANTES**

MIS Form #142 SPA
Rev. 04/17

Estimados padres:

Para poder servir mejor a sus niños, el Distrito Escolar del Condado de Pasco está ayudando al estado de Florida a identificar a los estudiante que pudieran calificar para recibir servicios educativos adicionales.

La información que nos provea será mantenida como confidencial. Favor de contestar las siguientes preguntas y devolver este formulario a la escuela de su niño. (Si recibe más de una de estas encuestas, solo llene una y enumere a continuación los nombres de todos sus niños).

1. Dentro de los últimos tres (3) años ¿se ha movido su familia de un distrito o de un pueblo a otro dentro o fuera del estado? Sí _____ No _____

Si contestó "NO", entonces no necesita llenar el resto de esta encuesta. Si contestó "SÍ", favor de continuar.

2. ¿Llegaron los niños en su familia con usted o llegaron en una fecha más tarde? Sí _____ No _____

Si contestó "NO", entonces no necesita llenar el resto de esta encuesta. Si contestó "SÍ", favor de continuar.

3. Durante los últimos tres años ¿se hicieron estos traslados con la intención de encontrar trabajo temporero o de temporada en el área de agricultura o actividades relacionadas a la pesca? Sí _____ No _____

Si contestó "NO", entonces no necesita llenar el resto de esta encuesta. Si contestó "SÍ", favor de continuar y circule todas las que correspondan.

- | | |
|---|--|
| a. trabajando en una finca | g. trabajando en una finca avícola (de aves) |
| b. trabajando en un rancho | h. trabajando en un vivero de plantas |
| c. trabajando en una fábrica de conservas | i. cultivo o cosecha de árboles |
| d. trabajando en una lechería | j. cultivo de algodón/desmotado |
| e. trabajando en una pesquería | k. recolección de frutas, nueces o verduras |
| f. trabajando en un matadero | l. otro trabajo similar _____ |

Favor de llenar la información (por favor imprima)
Número de niños en su familia: _____

Nombre del padre/madre/encargado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ La mejor hora para llamarle: _____

Nombre de su(s) niño(s):

_____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____
_____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____
_____	Edad _____	Grado _____	Escuela _____

Favor de enviar este formulario debidamente completado a la Oficina de Programas y Servicios de Apoyo al Estudiante, División de Programas Especiales (*Office for Student Support and Program Services, Special Programs Division*)