

Student Support Services Questionnaire

Student Last Name

First Name

Date of Birth

At Haven Academy we are dedicated to the success and development of every child. The following information you provide will help us plan appropriately to meet your child's academic and social development needs. This information **will not** be used to label, separate, or exclude your child from any school or classroom instruction, activities, or events.

PLEASE PRINT CLEARLY

This student is in Foster Care: *Yes No This student was in Foster Care: *Yes No

*Name of Agency: _____ Length of time in care: _____

*Name of Case Worker: _____ Phone #: _____

This student receives Prevention Services: *Yes No

This student is living in transitional housing: *Yes No

*Name of Agency/Shelter: _____

*Name of Case Worker: _____ Phone #: _____

This student has an Individual Education Plan (IEP): *Yes No

If yes, please provide a copy of the IEP to Haven Academy.

*This student receives/has received the following services: (check all that apply)

____ Speech Therapy ____ Occupational Therapy ____ Physical Therapy

____ Counseling ____ Assistive Technology ____ Special Class

____ I don't know ____ Other: _____

Has the student been retained? Yes No

If yes, what grade did they repeat? _____

Parent/Guardian Signature

Date

Questionario sobre los servicios de apoyo al estudiante

Apellido del estudiante

Nombre

Fecha de nacimiento

En Haven Academy estamos dedicados al éxito y desarrollo de cada niño. La siguiente información que proporcione nos ayudará a planificar adecuadamente para satisfacer las necesidades de desarrollo académico y social de su hijo. Esta información **no** se utilizará para etiquetar, separar o excluir a su hijo de ninguna instrucción, actividad o evento escolar o en el aula.

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Este estudiante está en cuidado de crianza: * Sí No Este estudiante estuvo en cuidado de crianza: * Sí No

* Nombre de la agencia: _____ Tiempo de cuidado: _____

* Nombre del trabajador social del caso: _____ Teléfono: _____

Este estudiante recibe servicios de prevención: * Sí No

Este estudiante vive en una vivienda de transición: * Sí No

* Nombre de la agencia / refugio: _____

* Nombre del trabajador social: _____ Número de teléfono: _____

Este estudiante tiene una educación individual Plan (IEP): * Sí No En caso afirmativo, proporcione una copia del IEP a Haven Academy.

* Este estudiante recibe / ha recibido los siguientes servicios: (marque todos los que correspondan)

____ Terapia del habla

____ Terapia ocupacional

____ Terapia física

____ Consejería

____ Tecnología de asistencia

____ Clase especial

____ No sé

____ Otro: _____

¿Se ha retenido al estudiante? Sí No En

caso afirmativo, ¿qué grado repitieron? _____

Firma del padre / tutor

Fecha