



**AYUDA FEDERAL DE IMPACTO  
ENCUESTA de ESTUDIANTES y PADRES  
Octubre 6, 2020**

El propósito de esta tarjeta es ayudar a nuestras escuelas públicas a solicitar la asistencia financiera muy necesaria bajo las leyes federales existentes para el funcionamiento de las escuelas públicas. **Por favor complete y firme la tarjeta y pida a su hijo que la devuelva al maestro inmediatamente.** Esta información se mantendrá confidencial. Su cooperación es muy apreciada.

*Gracias, Dr. Kenneth Bradshaw, Superintendente de Escuelas*

Escuela: _____ Grado: _____
Maestra: _____
Programa de necesidades especiales: _____

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

**A** 1. Apellido del estudiante \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 2. Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

1. Si la dirección anterior se encuentra en la base militar de Fort **Gordon**, compruebe: **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
 2. Si la dirección de la casa anterior se encuentra en una de las siguientes propiedades federales de vivienda, compruebe qué propiedad.

**B**

<b>Allen Homes</b>	<b>Barton Village</b>	<b>Dogwood Terrace</b>	<b>Jennings Homes</b>
<b>M. M. Scott Complex</b>	<b>Oak Pointe</b>	<b>Olmstead Homes</b>	<b>Richmond Hill Overlook Apts.</b>

*(Firma requerida en la sección G)*

**C** 3. Lista todos otros hermanos en edad escolar en el hogar:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Escuela: _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Escuela: _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Escuela: _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Escuela: _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Escuela: _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Escuela: _____

**D** **PADRE/GUARDIÁN ACTIVO de TIEMPO COMPLETO en SERVICIOS UNIFORMES**

1. ¿Fue Padre/Guardián militar de tiempo completo en servicio activo el 6 de OCTUBRE de 2020? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo, rellene #2.

2. Apellido del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Primer nombre y inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Rama de Servicio \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

*(Firma requerida en la sección G)*

**E** **EMPLEADOS CIVILES EN PROPIEDAD FEDERAL en RICHMOND COUNTY/GEORGIA (El niño DEBE residir con el padre conectado a nivel federal)**

1. ¿Fue el Padre/Guardián un civil empleado a tiempo completo en propiedad federal el 6 DE OCTUBRE de 2020? **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

2. Si es "Sí", **ingrese** el apellido del padre/guardián empleado \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

3. Nombre de la Propiedad Federal en la que el Padre/Guardián informa a trabajar:

<b>Fort Gordon, GA</b> (civil empleado)	<b>Centro de Reserva del Ejército #2</b> - 3311 Wrightsboro Road, Augusta, GA
<b>CENTRO MEDICO VA</b> - 950 15th St., Augusta, GA	<b>VA HOSPITAL – LENWOOD</b> – Wrightsboro Rd, Augusta, GA
<b>U. S. Courthouse</b> – E Ford & Telfair St., Augusta, GA	Otro lugar _____

4. Dirección de la **propiedad federal** \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
**(Incluyendo Fort Gordon)**

5. Escriba a nombre de la oficina de nómina (*Empresa, Contratista, Subcontratista, Departamento o Agencia*) por quien se le paga:  
*(Ej. Gordon: Departamento del Ejército o Fondo Central)*

\_\_\_\_\_  
 Número De Teléfono \_\_\_\_\_  
*(Firma requerida en la sección G)*

**F** **PADRE/GUARDIÁN es a la vez un OFICIAL ACREDITADO DEL GOBIERNO EXTRANJERO y un OFICIAL MILITAR EXTRANJERO Como De 6 de octubre de 2020**

1. Apellido del padre/guardián \_\_\_\_\_ Primer nombre y inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Rama de Servicio \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

2. Nombre del Gobierno Extranjero \_\_\_\_\_

*(Firma requerida en la sección G)*

**G** **FIRMA del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_