

Uso de Oficina Solamente	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



## DYCD Ingreso Universal de Participantes: Aplicación para Jóvenes y Adultos

El Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD) es una agencia de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. El siguiente formulario le permitirá a usted o a su hijo solicitar un programa del Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD). Estos programas son operados por organizaciones comunitarias (CBOs). Esta aplicación le permitirá a usted o a su hijo entrada para unos de nuestros programas para jóvenes or adultos. . Llene este formulario por completo y devuélvalo a la CBO que opera el programa. Se aceptará una solicitud por persona y por centro. La presentación de una solicitud no garantiza la elegibilidad ni la inscripción en el programa. Es posible que se requiera más documentación e información a fin de determinar la elegibilidad para el programa. En caso de ser aceptado, **el programa no tendrá costo para el participante**. En la solicitud, se recopilan los siguientes datos solo para fines informativos y de planificación del programa: Ingresos, sexo, raza, origen étnico, idioma, tipo de población, información del grupo familiar y estado del seguro médico. Las respuestas a estas preguntas no afectarán su estado con respecto a la recepción de beneficios o servicios, ni se compartirán con otras personas fuera del DYCD sin el permiso del solicitante.

Parte I: Información del solicitante		
<p>En esta solicitud, el término <i>solicitante</i> hace referencia a la persona que realiza una solicitud para recibir servicios. Seleccione una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Completo esta solicitud para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Soy padre/madre o tutor y completo esta solicitud <b>para mi hijo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Soy familiar/no familiar y completo esta solicitud <b>en nombre del solicitante</b></p>		
Primer nombre del solicitante:	Apellido del solicitante:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento del solicitante (MM/DD/AAAA):		
<b>Sexo del solicitante</b> (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sexo no definido	<b>Raza del solicitante</b> (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro	<b>Origen étnico del solicitante</b> (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Ni Hispano/a ni Latino/a
Dirección principal del solicitante (Número y calle):		Número de apartamento
Ciudad:		Código postal:
<input type="checkbox"/> Solicitante es un residente de NYCHA (por favor escribe el nombre) _____		

**Parte II: Información de contacto**

**Información de contacto del solicitante**

*Para niños sin información de contacto, salte a la siguiente sección para proporcionar información de contacto de padres / tutores*

Escriba los números de teléfono del solicitante y encierre en un círculo el método de contacto preferido:

- Casa \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 No tiene dirección de correo electrónico.

**Información de contacto de padre/madre/tutor**

*Esta sección es obligatoria para los solicitantes menores de 18 años*

Nombre de padre / madre/ tutor: \_\_\_\_\_

Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:

- Casa \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 No tiene dirección de correo electrónico.

Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

**Información de contacto de emergencia**

*Al menos un contacto de emergencia debe ser identificado*

Nombre del contacto de emergencia #1:	Relación del contacto de emergencia con el solicitante: <input type="checkbox"/> Es Padre/Madre/Tutor
---------------------------------------	--

Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:

- Casa \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 No tiene dirección de correo electrónico.

Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Nombre del contacto de emergencia #2:	Relación del contacto de emergencia con el solicitante: <input type="checkbox"/> Es Padre/Madre/Tutor
---------------------------------------	--

Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:

- Casa \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 No tiene dirección de correo electrónico.

Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

**Esta sección es para padres / tutores que inscriben a sus hijos:**

Los contactos de emergencia enumerados en la Sección II están autorizados a recoger al niño a menos que se indique lo contrario.

Las siguientes personas adicionales están autorizadas a recoger a mi hijo:

Nombre: _____	Número de teléfono _____	Relación: _____
Nombre: _____	Número de teléfono _____	Relación: _____
Nombre: _____	Número de teléfono _____	Relación: _____

Las siguientes personas **NO PUEDEN** recoger a mi hijo

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
---------------	---------------	---------------

**Parte III: Nivel educativo/Situación laboral del solicitante**

Tipo de escolaridad del solicitante (seleccione una opción):

- Estudiante a tiempo completo \*\*\*     Estudiante a tiempo parcial \*\*\*     No asiste a la escuela\*\*\*\*

\*\*\* Si el solicitante es estudiante a tiempo parcial o completo: **Seleccione el grado actual del solicitante** (Seleccione una opción):

\*\*\*\* Si el solicitante no está en la escuela: **Seleccione el último grado que haya completado el solicitante** (Seleccione una opción):

- Escuela primaria:     Preescolar     Jardín de infantes     1     2     3     4     5  
 Escuela de nivel medio:     6     7     8  
 Escuela secundaria:     9     10     11     12  
 Centro de estudios superiores:     1 año     2 año     3 año     4 año     5 año     6 año o superior  
 Instituto     Estudiante de primer año     Estudiante de segundo año     Estudiante de penúltimo año     Estudiante de último año  
 universitario/Universidad:     Programa de equivalencia de escuela secundaria (HSE)     Escuela de formación profesional/de artes y oficios     Título extranjero  
 Otro: \_\_\_\_\_

Situación laboral actual del solicitante (Seleccione una opción):

- Empleado a tiempo completo     Empleado a tiempo parcial     Jubilado  
 Desempleado (corto plazo, 6 meses o menos)     Desempleado (largo plazo, más de 6 meses)     Desempleado (no se encuentra entre la población laboral)  
 Trabajador inmigrante agrícola de temporada     No corresponde (el solicitante tiene menos de 14 años)

**Información para estudiantes, estudiando Tiempo Completo**

ID del Estudiante/ OSIS: _____	Tipo de Escuela:
	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro _____

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de Escuela: _____	Ciudad: _____	Código postal: _____
-----------------------------	---------------	----------------------

**Parte IV: Información de salud**

**Información de salud del solicitante**

Responda las preguntas a continuación y proporcione detalles adicionales en el espacio provisto.  
Se acepta gente con diferentes problemas de salud y no se les puede restringir la inscripción en el programa.

¿El solicitante tiene alergias? (comida, medicamentos, etc.)

No  Sí \_\_\_\_\_

¿El solicitante tiene asma?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿El solicitante tiene necesidades especiales de atención médica?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿El solicitante toma medicamentos para cualquier condición o enfermedad?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Hay actividades en las que el solicitante no puede participar?

No  Sí \_\_\_\_\_

Proporcione información adicional sobre la información de salud:

N/A

Haga una lista de las adaptaciones que está solicitando para usted / el solicitante:

N/A

**Estado de Seguro Médico del Solicitante**

¿El solicitante tiene seguro médico? (Seleccione una opción):

Sí  No  
 Me niego a responder

En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico tiene el solicitante? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid                | <input type="checkbox"/> Medicare             | <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños   |
| <input type="checkbox"/> Laboral                 | <input type="checkbox"/> Compra directa       | <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Adultos |
| <input type="checkbox"/> Atención médica militar | <input type="checkbox"/> Me niego a responder |   |

Si no tiene seguro médico, ¿desea comunicarse con alguien que le brinde información sobre cómo inscribirse para obtener un seguro médico público? (Seleccione una opción):

Sí  No  Me niego a responder

En caso de que desee que se comuniquen con usted para recibir información sobre cómo inscribirse en un seguro médico público, ¿cuál es su método preferido de contacto? (Seleccione una opción):

- Correo electrónico  Teléfono  Correo postal de EE. UU.  
 Proveedor  Me niego a responder

**Parte V: Más Información del solicitante**

**¿Qué tan bien habla en inglés el solicitante? (Seleccione una opción):**

- Con fluidez/Muy bien
- Bien
- No muy bien
- Para nada bien

**Idioma principal del solicitante (Seleccione una opción):**

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés           | <input type="checkbox"/> Albanés             | <input type="checkbox"/> Árabe    |
| <input type="checkbox"/> Bengali          | <input type="checkbox"/> Chino*              | <input type="checkbox"/> Francés  |
| <input type="checkbox"/> Fula             | <input type="checkbox"/> Alemán              | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo              | <input type="checkbox"/> Hindi    |
| <input type="checkbox"/> Húngaro          | <input type="checkbox"/> Italiano            | <input type="checkbox"/> Japonés  |
| <input type="checkbox"/> Coreano          | <input type="checkbox"/> Kru, Igbo, o Yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé    |
| <input type="checkbox"/> Panyabí          | <input type="checkbox"/> Persa               | <input type="checkbox"/> Polaco   |
| <input type="checkbox"/> Portugués        | <input type="checkbox"/> Rumano              | <input type="checkbox"/> Ruso     |
| <input type="checkbox"/> Español          | <input type="checkbox"/> Tagalo              | <input type="checkbox"/> Turcu    |
| <input type="checkbox"/> Urdú             | <input type="checkbox"/> Vietnamita          | <input type="checkbox"/> Yiddish  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____      |  |                                   |

*\* incluidos el cantonés y el mandarín*

**Otros idiomas hablado por el solicitante ( Seleccione todas las opciones que correspondan):**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés  | <input type="checkbox"/> Albanés             | <input type="checkbox"/> Árabe    |
| <input type="checkbox"/> Bengali   | <input type="checkbox"/> Chino*              | <input type="checkbox"/> Francés  |
| <input type="checkbox"/> Fula  | <input type="checkbox"/> Alemán              | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano  | <input type="checkbox"/> Hebreo              | <input type="checkbox"/> Hindi    |
| <input type="checkbox"/> Húngaro   | <input type="checkbox"/> Italiano            | <input type="checkbox"/> Japonés  |
| <input type="checkbox"/> Coreano   | <input type="checkbox"/> Kru, Igbo, o Yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé    |
| <input type="checkbox"/> Panyabí   | <input type="checkbox"/> Persa               | <input type="checkbox"/> Polaco   |
| <input type="checkbox"/> Portugués   | <input type="checkbox"/> Rumano              | <input type="checkbox"/> Ruso     |
| <input type="checkbox"/> Español   | <input type="checkbox"/> Tagalo              | <input type="checkbox"/> Turcu    |
| <input type="checkbox"/> Urdú  | <input type="checkbox"/> Vietnamita          | <input type="checkbox"/> Yiddish  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> No corresponde (el solicitante solo habla en un idioma) |  |                                   |

*\* incluidos el cantonés y el mandarín*

**¿El solicitante desea recibir información o que se comuniquen con él con respecto a inscribirse para votar?\*** (Seleccione una opción):

- Sí  No

**\*\*El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de EE. UU. en los siguientes casos: 1) si es ciudadano estadounidense; 2) si cumple con los requisitos de residencia del estado; 3) si tiene; 18 años. Algunos estados permiten que las personas de 17 años voten en las elecciones primarias o se inscriban para votar en caso de cumplir 18 años antes de las elecciones generales. Verifique los requisitos de edad de los votantes de su estado.**

**¿El solicitante tiene las siguientes características?**

- Es el padre/la madre o el tutor legal.  Sí  No
- Es delincuente o tiene problemas con la justicia.  Sí  No
- Es participante de cuidado temporal.  Sí  No
- Es un joven que huyó de su casa.  Sí  No
- Es veterano.  Sí  No
- Es miembro activo de las Fuerzas Armadas.  Sí  No
- Es una persona con discapacidad.  Sí  No
- Me niego a responder

**Si el solicitante es una persona con discapacidad, seleccione los tipos de discapacidades (Seleccione todas las opciones que correspondan):**

- Discapacidad cognitiva
- Discapacidad relacionada con la audición
- Discapacidad en el aprendizaje
- Discapacidad mental o psiquiátrica
- Problema de salud físico/crónico
- Discapacidad física/motriz
- Discapacidad visual
- Otra: \_\_\_\_\_
- Me niego a responder

### Parte VI: Información del grupo familiar

Para el siguiente conjunto de preguntas, se define como **GRUPO FAMILIAR** a cualquier persona o grupo de personas (familiares o no) que conviven como una unidad económica. Se define a los **INGRESOS** como el total de ingresos brutos anuales de todos los familiares o no familiares mayores de 18 años que conformen el grupo familiar.

**El solicitante vive en un grupo familiar encabezado por**  
(Seleccione una opción):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madre Soltera                     | <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin hijos           |
| <input type="checkbox"/> Padre Soltero                     | <input type="checkbox"/> Grupo familiar con dos padres    |
| <input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco, con hijos | <input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional |
| <input type="checkbox"/> Una sola persona, sin hijos       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |

**Tipo de vivienda del solicitante** (Seleccione una opción):

- |   |                                       |                                    |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propia                   | <input type="checkbox"/> Refugio      | <input type="checkbox"/> Alquilada |
| <input type="checkbox"/> NYCHA                    | <input type="checkbox"/> Sin vivienda |                                    |
| <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente |                                       |                                    |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____              |                                       |                                    |

**Cantidad de integrantes del grupo familiar del solicitante** (Seleccione una opción):

- |                                     |  |                                    |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uno        | <input type="checkbox"/> Dos           | <input type="checkbox"/> Tres      |
| <input type="checkbox"/> Cuatro     | <input type="checkbox"/> Cinco         | <input type="checkbox"/> Seis      |
| <input type="checkbox"/> Siete      | <input type="checkbox"/> Ocho          | <input type="checkbox"/> Nueve     |
| <input type="checkbox"/> Diez       | <input type="checkbox"/> Once          | <input type="checkbox"/> Doce      |
| <input type="checkbox"/> Trece      | <input type="checkbox"/> Catorce       | <input type="checkbox"/> Quince    |
| <input type="checkbox"/> Dieciséis  | <input type="checkbox"/> Diecisiete    | <input type="checkbox"/> Dieciocho |
| <input type="checkbox"/> Diecinueve | <input type="checkbox"/> Más de veinte |                                    |

**Ingresos totales del grupo familiar en los últimos 12 meses** (Seleccione una opción):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> \$0                  | <input type="checkbox"/> \$1 to \$12,060      | <input type="checkbox"/> \$12,061 to \$16,240  |
| <input type="checkbox"/> \$16,241 to \$20,420 | <input type="checkbox"/> \$20,421 to \$24,600 | <input type="checkbox"/> \$24,601 to \$28,780  |
| <input type="checkbox"/> \$28,781 to \$32,960 | <input type="checkbox"/> \$32,961 to \$37,140 | <input type="checkbox"/> \$37,141 to \$41,320  |
| <input type="checkbox"/> \$41,321 to \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001 to \$60,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001 to \$70,000  |
| <input type="checkbox"/> \$70,001 to \$80,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001 to \$90,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001 to \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> Más de \$100,000     | <input type="checkbox"/> Me niego a responder |  |

**Fuentes de ingresos del grupo familiar del solicitante** (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldos por empleo                                   | <input type="checkbox"/> Subsidio en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia u otra ayuda conyugal                     | <input type="checkbox"/> Manutención de menores   |
| <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil                            | <input type="checkbox"/> Crédito fiscal de ingresos devengados (EITC)                                     | <input type="checkbox"/> Crédito fiscal por empleo                                     | <input type="checkbox"/> Asistencia general   |
| <input type="checkbox"/> Vales de elección de vivienda                        | <input type="checkbox"/> HUD-VASH   | <input type="checkbox"/> LIEHEAP   | <input type="checkbox"/> Pensión  |
| <input type="checkbox"/> Vivienda con servicios de apoyo permanente           | <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad  | <input type="checkbox"/> Viviendas públicas  | <input type="checkbox"/> Red de seguridad/Ayuda para el hogar                             |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación del Seguro Social            | <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI)                               | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)                      | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)         |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo   | <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA | <input type="checkbox"/> Indemnización por discapacidad relacionada con el servicio de VA |
| <input type="checkbox"/> WIC  | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral  | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |   |

Me niego a responder

**Parte VII: Consentimiento y Firmas**

**Información Para la Hora de Recogida/Salida**

*Esta pregunta debe ser respondida por los padres / tutores que matriculan a sus hijos*

**Mi hijo(a) tiene permiso para viajar a casa solo/a a la hora de salida:**

Sí  No

**Consentimiento para participar**

Según entiendo, toda la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y entiendo que la falsificación puede ser motivo para la terminación de este servicio. La información suministrada puede ser usada por la ciudad de Nueva York para mejorar los servicios de la ciudad o para recibir financiamiento adicional.

**Si participante tiene 18 años o más:**

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si participante tiene menos de 18 años:**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consentimiento para el Tratamiento Médico de Urgencia**

**Si participante tiene 18 años o más:**

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de una urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento al personal del proveedor del programa para obtener el tratamiento médico de urgencia necesario. Asimismo, autorizo al personal del proveedor del programa a comunicarse con el contacto de urgencia que figura a continuación.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si participante tiene menos de 18 años:**

Mi hijo(a) está inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de una urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento al personal del proveedor del programa para obtener el tratamiento médico de urgencia necesario para mi hijo(a), comprendiendo que me notificarán lo antes posible. Comprendo que harán todo lo posible por contactarme o, si no estoy disponible, que se comunicarán con el contacto de urgencia que figura a continuación, antes y después de que se preste la atención médica.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Consentimiento para fotografías/grabación de videos y uso de la obra original**

Como participante inscrito en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD), tenga en cuenta que de vez en cuando el DYCD y la Ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones externas con las que colabora u otros representantes gubernamentales (conjuntamente denominados "Partes Autorizadas") pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales relacionados con los servicios del programa, tanto en el lugar habitual donde se desarrolla el programa como en eventos fuera de este. En algunos casos, pueden tomar fotografías, grabar videos, entrevistar o de otra manera registrar a los participantes y a sus familias y amigos en estos programas. Las imágenes, los videos y las entrevistas resultantes pueden utilizarse, con o sin el nombre del participante, en medios impresos y electrónicos como folletos, libros, boletines informativos impresos o enviados por correo electrónico, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (conjuntamente denominados "Medios de comunicación").

Por el presente, autorizo y le otorgo permiso a las Partes Autorizadas, sin compensación ni ninguna otra aprobación, a fotografiar o registrar mi imagen o nombre, o la imagen o nombre de mi hijo, y el sonido de mi voz o la voz de mi hijo durante las actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales. Asimismo, por el presente doy mi consentimiento en relación con el uso de las imágenes, videos y entrevistas resultantes, sin compensación ni otra aprobación, por las Partes Autorizadas únicamente para propósitos no comerciales y sin fines de lucro en todos los Medios de Comunicación.

Sí  No

Si, durante la participación en actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales, mi hijo o yo componemos alguna obra original como creaciones artísticas, música, coreografías, poesías o prosas (conjuntamente denominados "Obra Original"), por el presente doy mi consentimiento en relación con el uso de dicha Obra Original por las Partes Autorizadas, sin compensación ni ninguna otra aprobación, únicamente para propósitos no comerciales y sin fines de lucro en todos los Medios de Comunicación.

Sí  No

**Si participante tiene 18 años o más:**

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si participante tiene menos de 18 años:**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Consentimiento del padre o tutor legal para recopilar y compartir información del estudiante**

El **Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (DYCD)** ofrece financiamiento como parte de su misión de ayudarle a su hijo(a) a alcanzar su máximo potencial. Muchos de nuestros programas son dirigidos por organizaciones comunitarias. Nosotros trabajamos para asegurar que los servicios que usted y su hijo(a) reciben sean de la más alta calidad. El DYCD solicita su autorización para que podamos recopilar la información necesaria sobre su hijo(a), su participación y la calidad de los servicios ofrecidos.

**Consentimiento para recopilar y compartir información del estudiante**

**¿Qué información del registro estudiantil de su hijo(a) solicita el DYCD?**

Solicitamos su autorización para que el **Departamento de Educación (DOE)** de NYC pueda compartir información del registro estudiantil de su hijo(a) con el DYCD. La información que nos gustaría recopilar consiste en información personal y de inscripción (en específico el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación de estudiante, grado, escuela(s) e información de transferencia, suspensión y nivelación de su hijo(a)); información sobre la asistencia escolar de su hijo(a) (como el número de días de asistencia y ausencias); rendimiento escolar (como los resultados de exámenes nacionales y regionales, créditos, notas, estatus de ascenso o retención y resultado de *fitnessgram*) e información sobre cualquier acción disciplinaria tomada contra su hijo(a) (como número y tipo de suspensión).

Solicitamos recopilar la información especificada arriba sobre su hijo(a) de forma continua.

También solicitamos su autorización para que el DYCD comparta la información recopilada en la planilla de inscripción suya o de su hijo(a) con el personal del DOE. La información incluye información de registro, los intereses y puntos en el que el estudiante no se destaca, el tipo de programa en el que se inscribió y la frecuencia de su participación. Se usará esta información para facilitar la cooperación de la escuela y la comunidad para satisfacer sus necesidades o las de su hijo(a).

**¿Quién verá la información de mi hijo(a) y cómo se protegerá?**

Las únicas personas que verán la información personal de su hijo(a) son el personal del DYCD y DOE que maneja los sistemas de información y elabora informes de investigación y análisis del programa. El número reducido del personal del DYCD autorizado para recibir información personal es cuidadosamente examinado y rigurosamente entrenado para seguir las guías estrictas de protección de la confidencialidad de la información que pudiera identificarlo a usted o a su hijo(a). La información recopilada del registro estudiantil que pueda identificarlo solo será compartida electrónicamente entre el DOE y el DYCD, y será protegida en la base de datos del DYCD. No se compartirá información que pueda identificarlo con ninguna organización comunitaria ni su personal. No usaremos su nombre ni el de su hijo(a) en ningún informe publicado. Mientras solicitamos su consentimiento, sus respuestas y las afirmaciones siguientes no afectarán la participación de su hijo(a) en los programas auspiciados por el DYCD.

**Indique Sí o No a cada una de las afirmaciones siguientes:**

Entiendo por qué el DYCD me pide la autorización para acceder a la información discutida anteriormente del registro estudiantil de mi hijo(a) y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de forma continua.

**Sí, lo autorizo**     **No, no lo autorizo**

Entiendo por qué el DYCD me pide la autorización para acceder a la información discutida anteriormente del registro estudiantil de mi hijo(a) y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de forma continua.

**Sí, lo autorizo**     **No, no lo autorizo**

Nombre del estudiante o solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor adicional (opcional): \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor adicional (opcional): \_\_\_\_\_

# Goddard Riverside

INVESTING IN PEOPLE, STRENGTHENING COMMUNITY

## STAR LEARNING CENTER

26 West 84<sup>th</sup> Street, Fl. 2  
New York, NY 10024  
Phone (212) 799-2369  
Fax (212) 362-8230

¿Está interesado en tutoría para su hijo/a? \*

La tutoría es ofrecida solamente a estudiantes en grados 2-12

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a asistirá:  Bernie Wohl Center  Beacon  Lincoln Square

Mi hijo/a necesita ayuda con:

- Lectura
- Escritura
- Matemáticas
- Otra área académica: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

Nombre del padre/guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* No podemos ofrecer tutoría a estudiantes con un IEP

Tomaremos las solicitudes en el orden en cual las recibimos.  
Si tenemos espacio, le llamaremos y haremos una cita para registrar a su hijo/a.



Hay una cuota para tutoría: \$150 por el año escolar, hermanos pagan \$75.



# Goddard Riverside

INVESTING IN PEOPLE STRENGTHENING COMMUNITY

AFTER SCHOOL PROGRAM/BWC  
 REGISTRATION CONTRACT 2019-2020/  
 PROGRAMA DEPUES DE LA ESCUELA/BWC  
 CONTRATO DE REGISTRO 2019-2020

<i>Youth's Last Name/APELLIDO</i>	<i>Youth's First Name/Nombre</i>
-----------------------------------	----------------------------------

## INFORMED CONSENT/CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Purpose/ Proposito:** Each year to assure that the Goddard Riverside Summer Day Camp/After School Programs is of high quality and has a positive impact on your child(ren), Goddard Riverside Community Center engages in ongoing evaluation and quality improvement efforts. Therefore, all children enrolled in the program may potentially be asked to complete a survey at the beginning and end of each program cycle. / Cada año, para asegurar the After School Program at the Bernie Wohl Center sea de alta calidad y tenga un impacto positivo para sus niños, el Centro Comunitario Goddard Riverside se esfuerza a participar en evaluaciones y mejoramiento de calidad. De este modo, potencialmente les pediremos a todos los participantes registrados en el program llenar una encuesta al principio y al final de cada ciclo del programa.

**Procedures/ Procedimiento:** Goddard Riverside Community Center is participating in the *Algorhythm Socio Emotional Learning Survey*. Data will be gathered and analyzed through a web-based software – *Algorhythm's Youth Development Impact Learning System (YD iLearning System)*; each child will be assigned a unique identifier. Algorhythm's YD iLearning System will never use a child's name for any reason and all data analyzed through this system will be presented as group results. Staff within the Programs will have access to the data so that they can continue to improve programming and support all child(ren)s needs. / El Centro Comunitario Goddard Riverside participa en ALGORHYTHM (Algoritmo) – encuesta de aprendizaje socio emocional. Los datos seran recogidos y analizados con equipos basados en la red Impacto del Desarrollo Juvenil en el Sistema Algorhythm (Sistema YD iLearning). Cada participante sera asignado un identificador exclusivo. El Sistema de Aprendizaje Algorhythm no usara nombre de participantes por ninguna razón y toda la información analizada a través de este sistema sera presentada como el resultado del grupo. El personal de the After School Program at the Bernie Wohl Center tendra acceso a esta información para que puedan continuar mejorando el programa y apoyar las necesidades de los participantes.

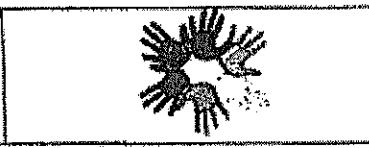
**Confidentiality/ Confidencialidad:** Data within this system will be kept confidential in a secure database. All data collected from your child will be kept confidential and will be used by Goddard Riverside Community Center staff to increase the quality of the program/ La información dentro de este sistema se mantendra confidencial en una base de datos segura. Toda la información se mantendra confidencial y solo sera usada por el personal de G.R.C.C. para aumentar la calidad de este programa.

**Voluntarily Participation:** Participation is completely voluntary. If you agree that your son/daughter can take the survey, he/she will bring this form back to their program with your signed consent. / Participación es completamente voluntaria. Si usted esta de acuerdo que su hijo/a tome parte en esta encuesta, no necesita hacer mas nada. Si usted elige que su hijo/a no participe, deben devolver este formulario al programa para informar a los evaluadores que el o ella no desea ser parte de este proceso

**Consent/ Consentimiento**  
 I have read this form and understand that my child will take part in the Algorhythm evaluation. I have also been provided a signed copy this form. / He leído este formulario y entiendo que mi niño sera parte de la evaluación Algorhythm. También se me ha dado una copia firmada de este formulario.

<i>Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre/Guardián</i>	<i>Date/Fecha</i>
--	-------------------

Goddard Riverside Community Center / Bernie Wohl Center  
 647 Columbus Avenue, NY, NY 10025  
 (212) 799-9400 Fax (212) 875-9400  
[dnayola@goddard.org](mailto:dnayola@goddard.org) \* [vcastillo@goddard.org](mailto:vcastillo@goddard.org)



See INSTRUCTIONS on reverse.

**CHILD CARE CENTER NAME:** Goddard Riverside Community Center

Print the name of the child(ren) enrolled in this child care center:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**DIRECTIONS:**

**Complete SECTION A if anyone in your household:**

1. Receives Food Stamps
2. Receives Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
3. Participates in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) OR
4. If any of the children enrolled in this child care center are foster children

**Complete SECTION B if no one in your household receives Food Stamps, TANF, FDPIR or if none of the children enrolled in the child care center is a foster child.**

SECTION A
Food Stamp Case Number _____
TANF Number _____
FDPIR Number _____
Names of Foster Children _____
<p><b>An adult household member must sign the application before it can be approved. After reading the following statement and the statement on the back, sign below.</b></p> <p>I certify that the above information is true. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.</p> <p>Signature: _____</p> <p>Date: _____</p>
FOR SPONSOR USE ONLY
Sponsor Agreement Number _____
Total Household Members _____ (including foster children, if applicable)
Total Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date Determined ____/____/____
Signature of Center Staff _____

SECTION B	
<p>List all household members below. Include yourself and all adults and children NOT listed above, even if they do not receive income. Then list all income received last month in your household in the column to the right. Gross income includes: earnings from work, pensions, retirement, Social Security, child support, foster child's personal income and any other sources of income.</p>	
Name of Household Members	Monthly Gross Income
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
<p><b>An adult household member must sign the application before it can be approved. After reading the following statement and the statement on the back, sign below.</b></p> <p>I certify that the above information is true and that all income is reported. I understand that the center will get Federal funds based on the information I give.</p> <p>Signature: _____</p> <p>Print Name: _____</p> <p>SS# <u>XXX-XX-</u> _____ Date: _____</p>	

**CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM**  
 NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please Print Clearly

NYC ID (0515)

**TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN**

Child's Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_ Sex  Female  Male Date of Birth (Month/Day/Year) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Child's Address \_\_\_\_\_ Hispanic/Latino?  Yes  No Race (Check All that apply)  American Indian  Asian  Black  White  
 Native Hawaiian/Pacific Islander  Other \_\_\_\_\_  
 City/Borough \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ School/Center/Camp Name **Goddard Riverside Comm Ctr** District Number \_\_\_\_\_ Phone Numbers Home \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_  
 Health Insurance  Yes  No Parent/Guardian Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 (Including Medicaid)?  No  Parent/Guardian  Foster Parent

**TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER**

Birth history (page 0-6 yrs)  Uncomplicated  Premature: \_\_\_\_\_ weeks gestation  Complicated by \_\_\_\_\_  
 Allergies  None  Epi pen prescribed  Drugs (list) \_\_\_\_\_  Foods (list) \_\_\_\_\_  Other (list) \_\_\_\_\_  
 Attach MAF in in-school medications needed \_\_\_\_\_  
**Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?**  
 Asthma (check severity and attach MAF):  Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent  
 If persistent, check all current medications:  Quick Relief Medication  Inhaled Corticosteroid  Oral Steroid  Other Controller  None  
 Asthma Control Status:  Well-controlled  Poorly Controlled or Not Controlled  
 Anaphylaxis  Seizure disorder  Medications (attach MAF if in-school medication needed)  None  Yes (list below)  
 Behavioral/mental health disorder  Speech, hearing, or visual impairment  
 Congenital or acquired heart disorder  Tuberculosis (latent infection or disease)  
 Developmental/learning problem  Hospitalization  
 Diabetes (attach MAF)  Surgery  
 Orthopedic injury/disability  Other (specify) \_\_\_\_\_  
 Explain all checked items above.  Addendums attached.

**PHYSICAL EXAM** Date of Exam: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Height \_\_\_\_\_ cm (\_\_\_\_\_%ile)  Physical Exam WNL  
 Weight \_\_\_\_\_ kg (\_\_\_\_\_%ile)  M Abnl  HEENT  M Abnl  Lymph nodes  M Abnl  Abdomen  M Abnl  Skin  
 BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> (\_\_\_\_\_%ile)  Language  Denial  Lungs  Genitourinary  M Abnl  Neurological  
 Behavioral  Neck  Cardiovascular  Extremities  M Abnl  Back/spine  
 Head Circumference (age < 2 yrs) \_\_\_\_\_ cm (\_\_\_\_\_%ile)  
 Describe abnormalities: \_\_\_\_\_

**DEVELOPMENTAL** (page 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? \_\_\_\_\_ Date Screened \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Yes  No  Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below):  
 Cognitive/Problem Solving  Adaptive/Self-Help  
 Communication/Language  Gross Motor/Fine Motor  
 Social-Emotional or Personal-Social  Other Area of Concern: \_\_\_\_\_  
 Describe Suspected Delay or Concern: \_\_\_\_\_  
**Nutrition** < 1 year  Breastfed  Formula  Both  HEENT  M Abnl  Lymph nodes  M Abnl  Abdomen  M Abnl  Skin  
 ≥ 1 year  Well-balanced  Needs guidance  Counseled  Referred  Denial  Lungs  Genitourinary  M Abnl  Neurological  
 Dietary Restrictions  None  Yes (list below)  Neck  Cardiovascular  Extremities  M Abnl  Back/spine  
**SCREENING TESTS** Date Done \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_  
 Blood Lead Level ( BLL ) \_\_\_\_\_ ug/dL  
 (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) \_\_\_\_\_ ug/dL  
**Lead Risk Assessment** (annually, age 6 mo-6 yrs)  At risk (do BLL)  Not at risk  
 Child Care Only \_\_\_\_\_  
 Hemoglobin or Hematocrit \_\_\_\_\_ g/dL \_\_\_\_\_ %

**Hearing** Date Done \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_  
 < 4 years: gross hearing \_\_\_\_\_  NH  Abnl  Referred  
 OAE \_\_\_\_\_  NH  Abnl  Referred  
 ≥ 4 yrs: pure tone audiometry \_\_\_\_\_  NH  Abnl  Referred  
**Vision** Date Done \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_  
 < 3 years: Vision appears: \_\_\_\_\_  NH  Abnl  
 Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) \_\_\_\_\_ Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_  
 Unable to test  
 Screened with Glasses?  Yes  No  
 Strabismus?  Yes  No  
**Dental**  
 Visible Tooth Decay  Yes  No  
 Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection)  Yes  No  
 Dental Visit within the past 12 months  Yes  No

Child Receives EUCPSE/CSE services  Yes  No  
 CIR Number \_\_\_\_\_ Physician Confirmed History of Varicella Infection  Report only positive immunity:  
**IMMUNIZATIONS - DATES**  
 DTPaPbDT \_\_\_\_\_ Tdap \_\_\_\_\_  
 Td \_\_\_\_\_ MMR \_\_\_\_\_  
 Polio \_\_\_\_\_ Varicella \_\_\_\_\_  
 Hep B \_\_\_\_\_ Mening ADWY \_\_\_\_\_  
 Hib \_\_\_\_\_ Hep A \_\_\_\_\_  
 PCV \_\_\_\_\_ Rotavirus \_\_\_\_\_  
 Influenza \_\_\_\_\_ Mening B \_\_\_\_\_  
 HPV \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
 IgG Titers Date  
 Hepatitis B \_\_\_\_\_  
 Measles \_\_\_\_\_  
 Mumps \_\_\_\_\_  
 Rubella \_\_\_\_\_  
 Varicella \_\_\_\_\_  
 Polio 1 \_\_\_\_\_  
 Polio 2 \_\_\_\_\_  
 Polio 3 \_\_\_\_\_

**ASSESSMENT**  Well Child (Z00.12B)  Diagnoses/Problems (list) \_\_\_\_\_ ICD-10 Code \_\_\_\_\_  
**RECOMMENDATIONS**  Full physical activity  
 Restrictions (specify) \_\_\_\_\_  
 Follow-up Needed  No  Yes, for \_\_\_\_\_ Appl date: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Referral(s):  None  Early Intervention  IEP  Dental  Vision  
 Other \_\_\_\_\_

Health Care Practitioner Signature \_\_\_\_\_ Date Form Completed \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Health Care Practitioner Name and Degree (print) \_\_\_\_\_ Practitioner License No. and State \_\_\_\_\_  
 Facility Name \_\_\_\_\_ National Provider Identifier (NPI) \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Telephone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
**DOHMH ONLY** PRACTITIONER I.D. \_\_\_\_\_  
 TYPE OF EXAM:  NAE Current  NAE Prior Year(s)  
 Comments: \_\_\_\_\_  
 Date Reviewed: \_\_\_\_\_ I.D. NUMBER \_\_\_\_\_  
 REVIEWER: \_\_\_\_\_  
 FORM ID# \_\_\_\_\_