

Formulario de inscripción complementario para el programa Summer Rising del DYCD

Este formulario se le debe entregar personalmente al proveedor; no lo envíe por correo electrónico. Este formulario es para los participantes que fueron admitidos al programa Summer Rising a través del portal de inscripción centralizado.

Información del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número OSIS (solo para estudiantes del DOE): _____

Autorizaciones y firmas para casos de emergencia

Autorización para tratamiento médico de emergencia

Mi hijo está inscrito para participar en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (*Department of Youth & Community Development*, DYCD). Doy mi autorización para que, en caso de una emergencia médica, se obtenga el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, dando por entendido que se me notificará tan pronto como sea posible. Entiendo que se hará todo lo posible para localizarme, o a los contactos para emergencias que haya proporcionado si no estoy disponible, antes y después de brindar la atención médica.

Sí, doy mi autorización

No doy mi autorización

Firma del padre o tutor: _____ Nombre en letra de imprenta del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Información para la salida

Mi hijo tiene permiso para irse solo para la casa a la hora de la salida: Sí No

Firma del padre o tutor: _____ Nombre en letra de imprenta del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Contactos para emergencias con autorización para recoger a mi hijo a menos que se indique lo contrario

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo:

Nombre	Teléfono	Parentesco

Las siguientes personas **NO ESTÁN AUTORIZADAS** para recoger a mi hijo (por favor, escriba con letra clara):

Nombre:	Teléfono:	Parentesco:

Información médica

Responda las preguntas que figuran más abajo y proporcione información adicional en el espacio proporcionado. Adjunte más páginas si necesita más espacio.

- ¿El estudiante tiene algún tipo de alergia? (a alimentos, medicamentos, etc.) No Sí
- ¿El estudiante tiene asma? No Sí
- ¿El estudiante tiene necesidades médicas especiales? No Sí
- ¿El estudiante toma medicamentos para alguna enfermedad o problema de salud? No Sí
- ¿Hay alguna actividad en la que el estudiante no pueda participar? No Sí
- Proporcione cualquier información médica adicional: N/A
- Incluya todas las adaptaciones que esté solicitando para usted/el estudiante: N/A

Estatus del seguro médico del estudiante

¿El estudiante tiene seguro médico? (Seleccione una opción): Sí No Prefiero no contestar

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de seguro médico tiene el estudiante? (Marque todo lo que corresponda):

- Medicaid Medicare Programa de seguro médico infantil del Estado
 A través del empleador Adquirido directamente Seguro médico infantil del Estado para adultos
 Seguro médico a través del ejército Prefiero no contestar

Si no tiene seguro médico, ¿desea que se comuniquen con usted para ofrecerle información sobre cómo obtener un seguro médico público? (Seleccione una opción):

- Sí No Prefiero no contestar

Si desea que se comuniquen con usted para ofrecerle información sobre cómo obtener un seguro médico público, ¿cuál es el mejor método para comunicarse con usted? (Seleccione una opción):

- Correo electrónico Teléfono Correo postal A través del proveedor Prefiero no contestar

¿El estudiante es un infractor/tiene deudas con la justicia? Sí No

¿El estudiante es un joven fugado? Sí No

Información del hogar

Para todas las preguntas a continuación, **HOGAR** se define como cualquier persona o grupo de personas (sean familiares o particulares) que vivan juntas como una unidad económica. **INGRESO** se define como el total de ingreso bruto anual de todos los familiares y particulares mayores de 18 años que viven en el hogar.

El estudiante vive en un hogar encabezado por (seleccione uno):

- Madre soltera Dos adultos sin niños Padre soltero
 Dos padres Una persona sola sin niños Hogar multigeneracional
 Adultos sin parentesco con niños Otro: _____

Tipo de vivienda del estudiante (seleccione una):

- Propia Alquilada NYCHA Albergue Sin hogar Otra vivienda permanente
 Otra _____

Tamaño del hogar del estudiante (seleccione una):

- Uno Dos Tres Cuatro Cinco Seis Siete Ocho
 Nueve Diez Once Doce Trece Catorce Quince Dieciséis
 Diecisiete Dieciocho Diecinueve Veinte o más

Ingreso total del hogar en los últimos 12 meses (seleccione uno):

- \$0 \$1 a \$12,060 \$12,061 a \$16,240 \$16,241 a \$20,420
 \$20,421 a \$24,600 \$24,601 a \$28,780 \$28,781 a \$32,960 \$32,961 a \$37,140
 \$37,141 a \$41,320 \$41,321 a \$50,000 \$50,001 a \$60,000 \$60,001 a \$70,000
 \$70,001 a \$80,000 \$80,001 a \$90,000 \$90,001 a \$100,000 \$100,000 en adelante
 Prefiero no contestar

Fuentes de ingreso del hogar del estudiante (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) manutención infantil Pensión alimentaria o manutención conyugal
 Váucher de cuidado infantil Crédito tributario por ingresos laborales (EITC) Crédito tributario por empleo
 Salario laboral Asistencia general Váucher de elección de vivienda
 HUD-VASH LIEHEAP Pensión
 Vivienda de apoyo permanente Seguro privado por discapacidad Vivienda pública
 Safety Net/Asistencia para vivienda Seguro por incapacidad del Seguro Social (SSDI) Ingreso por jubilación del Seguro Social
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Indemnización laboral Seguro de desempleo Pensión de veteranos
por incapacidad no relacionada con el servicio Indemnización de veteranos por incapacidad relacionada con el servicio
 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 WIC Otro: _____ Prefiero no contestar

Autorización para fotografías/grabación de videos y uso de obras originales

Como participante de un programa financiado por el DYCD, debe estar al tanto de que, de vez en cuando, el DYCD y la Ciudad de Nueva York, los proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones con las cuales colabora, otras agencias gubernamentales o representantes (en conjunto "partes autorizadas") podrían estar presentes durante las actividades y los eventos especiales del programa, tanto en la sede habitual del programa como en otros sitios. En algunos casos, podrían hacer fotografías y videos, entrevistar o grabar a los participantes y a sus familias y amigos en dichas actividades. Las imágenes, videos y entrevistas podrían ser utilizados, con o sin el nombre del participante, en medios impresos o electrónicos como en folletos, libros, boletines impresos y virtuales, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (en conjunto "medios").

Por medio de la presente otorgo permiso a las partes autorizadas (sin compensación ni necesidad de permiso adicional) para que le hagan fotografías o graben la imagen, el nombre y la voz de mi hijo durante actividades y eventos especiales de un programa financiado por el DYCD; y otorgo permiso a las partes autorizadas para que utilicen dichas imágenes, videos y entrevistas (sin compensación ni necesidad de permiso adicional) únicamente para fines no comerciales y sin ánimo de lucro en cualquiera de los medios.

Sí No

Si durante la participación en las actividades o eventos especiales de un programa financiado por el DYCD, mi hijo o yo creamos obras originales como arte, música, coreografías, poesía o prosa (en conjunto "obras originales"), otorgo permiso a las partes autorizadas para que utilicen dichas obras originales (sin compensación ni necesidad de permiso adicional) únicamente para fines no comerciales y sin ánimo de lucro en cualquiera de los medios.

Sí No

Nombre completo del estudiante: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Autorización para hacer referidos y divulgar información

El Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (*Department of Youth & Community Development, DYCD*) invierte en programas y servicios que ayudan a nuestras comunidades y a las personas que viven aquí. Queremos asegurarnos de que usted esté al tanto de ellos y facilitarle la inscripción.

Por qué necesitamos su autorización

Con ella podemos:

- enviarle información sobre los programas y servicios financiados por el DYCD a los cuales puede solicitar el ingreso, y
- divulgar información sobre su solicitud a programas del DYCD cada vez que solicite el ingreso.

Lo que divulgamos

Solo divulgamos información que demuestre que reúne los requisitos o que lo ayude a inscribirse en programas financiados por el DYCD.

Quién tiene acceso a su información y cómo la protegemos

Solo personal autorizado del DYCD y de los programas tienen acceso a la información. No la compartimos con nadie más excepto para:

- decidir si usted reúne los requisitos para los servicios;
- inscribirlo en programas y servicios; y
- llevar un registro de los servicios que usted recibe.

Por favor, lea más abajo, marque una casilla y complete el resto.

Entiendo por qué el DYCD necesita mi autorización para:

- enviarme información sobre los programas y servicios a los cuales puedo solicitar el ingreso,
- referirme a programas financiados por el DYCD, o
- divulgar información de la solicitud a programas del DYCD con los programas a los que solicito el ingreso.

Sí, doy mi autorización No doy mi autorización

Nombre del estudiante (en letra imprenta): _____

Firma del estudiante (o del padre o tutor para participantes menores de 18 años): _____

Fecha: _____