

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

En esta solicitud, el término **solicitante** hace referencia a la persona que realiza una solicitud para recibir servicios. **Seleccione una opción:**

- Completo esta solicitud para mí
- Soy padre/madre o tutor y completo esta solicitud **para mi hijo**
- Soy familiar/no familiar y completo esta solicitud **en nombre del solicitante**

Primer nombre del solicitante:	Apellido del solicitante:	Inicial del segundo nombre:
---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Fecha de nacimiento del solicitante (MM/DD/AAAA):

Sexo del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sexo no definido	Raza del solicitante (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	Origen étnico del solicitante (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:
----------------	-----------------------

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

1	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:						
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No tiene dirección de correo electrónico.						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;"> Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Ciudad: </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> Estado: </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> Código postal: </td> </tr> </table>				Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:				
2	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:						
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No tiene dirección de correo electrónico.						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;"> Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Ciudad: </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> Estado: </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> Código postal: </td> </tr> </table>				Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
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
universitario/Universidad: Estudiante de primer año Estudiante de segundo año Estudiante de penúltimo año Estudiante de último año
Otro: Programa de equivalencia de escuela secundaria (HSE) Escuela de formación profesional/de artes y oficios Título extranjero

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:**
 Público Carta Privado 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):

Medicaid Medicare Programa Estatal de Seguro Médico para Niños
 Laboral Compra directa Programa Estatal de Seguro Médico para Adultos
 Atención médica militar 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 corresopndan):

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <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) i 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): _____