

Office Use Only

Date Application Received:

Enrollment Date:

Intake Specialist/Staff:

Additional Information:



Search for and apply to DYCD Programs Online!

<https://discoverdycd.dyconnect.nyc/home>

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

¡Le damos la bienvenida al DYCD! Este formulario le permite a usted o a su hijo presentar una solicitud para inscribirse en un programa del Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (Department of Youth and Community Development, DYCD). Se puede presentar solo una solicitud por persona por lugar. El presentar un formulario no garantiza la elegibilidad ni la inscripción en el programa, y es posible que le pidamos más información para saber si cumple los requisitos. Si se acepta la solicitud, el programa no tendrá ningún costo para usted. Recopilamos algunos datos como el *género*, la *raza*, la *etnia*, el *idioma* y la situación respecto al *seguro médico* únicamente con fines de planificación. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su condición para recibir prestaciones ni servicios y no se divulgarán fuera del DYCD sin su permiso. Los *ingresos*, la *información sobre el grupo familiar* y la *información sobre estudios o trabajo* podrían afectar la elegibilidad para ciertos programas. Recopilar su información ayuda al DYCD a ver quién se beneficia de nuestros programas. Esto nos ayuda a mejorar nuestros programas y permite al DYCD seguir ofreciendo a las comunidades el apoyo que necesitan.

Parte I: Información del candidato

En esta solicitud, el término "candidato" se refiere a la persona que solicita recibir servicios. **Marque una opción:**

☐ Relleno esta solicitud **para mí**

☐ Soy el padre, la madre o el tutor que rellena esta solicitud **para mi hijo**

☐ Soy un familiar/no familiar que rellena esta solicitud **en nombre del candidato**

Nombre del candidato:	Apellido del candidato:	Inicial del 2.º nombre:	Fecha de nacimiento del candidato (MM/DD/AAAA):
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--

Dirección principal del candidato (número y calle):	Núm. de apto. del candidato:
--	-------------------------------------

Ciudad del candidato:	Código postal:
------------------------------	-----------------------

☐ El candidato vive en un desarrollo de NYCHA (Por favor proporcione el nombre):

Sexo del candidato al nacer (marque una): ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X (ni masculino ni femenino) ☐ No lo sé con seguridad	Raza o etnicidad del candidato (marque todas las que correspondan): ☐ Indígena americana y nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Hispana o latina ☐ De oriente medio/del norte de África ☐ Nativa de Hawái y otras islas del Pacífico ☐ Blanca o caucásica ☐ Otra: _____ ☐ Prefiero no responder	¿Alguna de las siguientes corresponde al candidato? <table border="0"> <tr> <td>Persona con discapacidad</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Padre/Madre/Tutor legal</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Delincuente/Justicia implicada</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Participante en un programa de acogida</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Joven fugitivo</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Veterano</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Militar en servicio activo</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Víctima de violencia doméstica</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> <tr> <td>Víctima de trata de personas</td> <td>☐ Sí ☐ No</td> </tr> </table>	Persona con discapacidad	☐ Sí ☐ No	Padre/Madre/Tutor legal	☐ Sí ☐ No	Delincuente/Justicia implicada	☐ Sí ☐ No	Participante en un programa de acogida	☐ Sí ☐ No	Joven fugitivo	☐ Sí ☐ No	Veterano	☐ Sí ☐ No	Militar en servicio activo	☐ Sí ☐ No	Víctima de violencia doméstica	☐ Sí ☐ No	Víctima de trata de personas	☐ Sí ☐ No
Persona con discapacidad	☐ Sí ☐ No																			
Padre/Madre/Tutor legal	☐ Sí ☐ No																			
Delincuente/Justicia implicada	☐ Sí ☐ No																			
Participante en un programa de acogida	☐ Sí ☐ No																			
Joven fugitivo	☐ Sí ☐ No																			
Veterano	☐ Sí ☐ No																			
Militar en servicio activo	☐ Sí ☐ No																			
Víctima de violencia doméstica	☐ Sí ☐ No																			
Víctima de trata de personas	☐ Sí ☐ No																			
¿Qué nivel de inglés tiene el candidato? (Marque una): ☐ Fluido/Muy bueno ☐ Bueno ☐ No muy bueno ☐ Ninguno																				

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Si es de origen hawaiano o de otras islas del Pacífico, seleccione entre las siguientes opciones (marque todas las que correspondan): ☐ Hawaiano ☐ Guamanés ☐ Chamorro ☐ Samoano ☐ Fiyiano ☐ Tongano ☐ Otro: _____	Si es de origen asiático, seleccione entre las siguientes opciones (marque todas las que correspondan): <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Chino</td> <td>☐ Indonesio</td> </tr> <tr> <td>☐ Japonés</td> <td>☐ Malayo</td> </tr> <tr> <td>☐ Filipino</td> <td>☐ Paquistaní</td> </tr> <tr> <td>☐ Norcoreano</td> <td>☐ Esrilanqués</td> </tr> <tr> <td>☐ Surcoreano</td> <td>☐ Taiwanés</td> </tr> <tr> <td>☐ Vietnamita</td> <td>☐ Nepalés</td> </tr> <tr> <td>☐ Indígena asiático</td> <td>☐ Birmano</td> </tr> <tr> <td>☐ Laosiano</td> <td>☐ Tibetano</td> </tr> <tr> <td>☐ Camboyano</td> <td>☐ Tailandés</td> </tr> <tr> <td>☐ Bangladesí</td> <td>☐ Otro: _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Hmong</td> <td></td> </tr> </table>	☐ Chino	☐ Indonesio	☐ Japonés	☐ Malayo	☐ Filipino	☐ Paquistaní	☐ Norcoreano	☐ Esrilanqués	☐ Surcoreano	☐ Taiwanés	☐ Vietnamita	☐ Nepalés	☐ Indígena asiático	☐ Birmano	☐ Laosiano	☐ Tibetano	☐ Camboyano	☐ Tailandés	☐ Bangladesí	☐ Otro: _____	☐ Hmong		Si es de origen hispano o latino, seleccione de las siguientes opciones (marque todas las que correspondan): ☐ Mexicano, mexicano-americano, chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Dominicano ☐ Centroamericano (incluidos salvadoreños, guatemaltecos, hondureños, etc.) ☐ Sudamericanos (incluidos ecuatorianos, colombianos, venezolanos, panameños, etc.) ☐ De otro origen hispano, latino, español: _____																																												
☐ Chino	☐ Indonesio																																																																			
☐ Japonés	☐ Malayo																																																																			
☐ Filipino	☐ Paquistaní																																																																			
☐ Norcoreano	☐ Esrilanqués																																																																			
☐ Surcoreano	☐ Taiwanés																																																																			
☐ Vietnamita	☐ Nepalés																																																																			
☐ Indígena asiático	☐ Birmano																																																																			
☐ Laosiano	☐ Tibetano																																																																			
☐ Camboyano	☐ Tailandés																																																																			
☐ Bangladesí	☐ Otro: _____																																																																			
☐ Hmong																																																																				
Idioma principal del candidato (marque una): <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Inglés</td> <td>☐ Albanés</td> <td>☐ Árabe</td> </tr> <tr> <td>☐ Bengali</td> <td>☐ Chino*</td> <td>☐ Francés</td> </tr> <tr> <td>☐ Fula</td> <td>☐ Alemán</td> <td>☐ Gujarati</td> </tr> <tr> <td>☐ Criollo haitiano</td> <td>☐ Hebreo</td> <td>☐ Hindi</td> </tr> <tr> <td>☐ Húngaro</td> <td>☐ Italiano</td> <td>☐ Japonés</td> </tr> <tr> <td>☐ Coreano</td> <td>☐ Kru, ibo o yoruba</td> <td>☐ Mandé</td> </tr> <tr> <td>☐ Punyabí</td> <td>☐ Persa</td> <td>☐ Polaco</td> </tr> <tr> <td>☐ Portugués</td> <td>☐ Rumano</td> <td>☐ Ruso</td> </tr> <tr> <td>☐ Español</td> <td>☐ Tagalog</td> <td>☐ Turco</td> </tr> <tr> <td>☐ Urdu</td> <td>☐ Vietnamita</td> <td>☐ Yiddish</td> </tr> <tr> <td>☐ Otro: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	☐ Inglés	☐ Albanés	☐ Árabe	☐ Bengali	☐ Chino*	☐ Francés	☐ Fula	☐ Alemán	☐ Gujarati	☐ Criollo haitiano	☐ Hebreo	☐ Hindi	☐ Húngaro	☐ Italiano	☐ Japonés	☐ Coreano	☐ Kru, ibo o yoruba	☐ Mandé	☐ Punyabí	☐ Persa	☐ Polaco	☐ Portugués	☐ Rumano	☐ Ruso	☐ Español	☐ Tagalog	☐ Turco	☐ Urdu	☐ Vietnamita	☐ Yiddish	☐ Otro: _____			Otros idiomas que hable el candidato (Marque todas las que correspondan): <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Inglés</td> <td>☐ Albanés</td> <td>☐ Árabe</td> </tr> <tr> <td>☐ Bengali</td> <td>☐ Chino*</td> <td>☐ Francés</td> </tr> <tr> <td>☐ Fula</td> <td>☐ Alemán</td> <td>☐ Gujarati</td> </tr> <tr> <td>☐ Criollo haitiano</td> <td>☐ Hebreo</td> <td>☐ Hindi</td> </tr> <tr> <td>☐ Húngaro</td> <td>☐ Italiano</td> <td>☐ Japonés</td> </tr> <tr> <td>☐ Coreano</td> <td>☐ Kru, ibo o yoruba</td> <td>☐ Mandé</td> </tr> <tr> <td>☐ Punyabí</td> <td>☐ Persa</td> <td>☐ Polaco</td> </tr> <tr> <td>☐ Portugués</td> <td>☐ Rumano</td> <td>☐ Ruso</td> </tr> <tr> <td>☐ Español</td> <td>☐ Tagalog</td> <td>☐ Turco</td> </tr> <tr> <td>☐ Urdu</td> <td>☐ Vietnamita</td> <td>☐ Yiddish</td> </tr> <tr> <td>☐ Otro: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ☐ No corresponde (el candidato solo habla un idioma)		☐ Inglés	☐ Albanés	☐ Árabe	☐ Bengali	☐ Chino*	☐ Francés	☐ Fula	☐ Alemán	☐ Gujarati	☐ Criollo haitiano	☐ Hebreo	☐ Hindi	☐ Húngaro	☐ Italiano	☐ Japonés	☐ Coreano	☐ Kru, ibo o yoruba	☐ Mandé	☐ Punyabí	☐ Persa	☐ Polaco	☐ Portugués	☐ Rumano	☐ Ruso	☐ Español	☐ Tagalog	☐ Turco	☐ Urdu	☐ Vietnamita	☐ Yiddish	☐ Otro: _____		
☐ Inglés	☐ Albanés	☐ Árabe																																																																		
☐ Bengali	☐ Chino*	☐ Francés																																																																		
☐ Fula	☐ Alemán	☐ Gujarati																																																																		
☐ Criollo haitiano	☐ Hebreo	☐ Hindi																																																																		
☐ Húngaro	☐ Italiano	☐ Japonés																																																																		
☐ Coreano	☐ Kru, ibo o yoruba	☐ Mandé																																																																		
☐ Punyabí	☐ Persa	☐ Polaco																																																																		
☐ Portugués	☐ Rumano	☐ Ruso																																																																		
☐ Español	☐ Tagalog	☐ Turco																																																																		
☐ Urdu	☐ Vietnamita	☐ Yiddish																																																																		
☐ Otro: _____																																																																				
☐ Inglés	☐ Albanés	☐ Árabe																																																																		
☐ Bengali	☐ Chino*	☐ Francés																																																																		
☐ Fula	☐ Alemán	☐ Gujarati																																																																		
☐ Criollo haitiano	☐ Hebreo	☐ Hindi																																																																		
☐ Húngaro	☐ Italiano	☐ Japonés																																																																		
☐ Coreano	☐ Kru, ibo o yoruba	☐ Mandé																																																																		
☐ Punyabí	☐ Persa	☐ Polaco																																																																		
☐ Portugués	☐ Rumano	☐ Ruso																																																																		
☐ Español	☐ Tagalog	☐ Turco																																																																		
☐ Urdu	☐ Vietnamita	☐ Yiddish																																																																		
☐ Otro: _____																																																																				
<i>*incluidos cantonés y mandarín</i>																																																																				
¿Usted o un miembro de su hogar ha servido en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las Reservas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿desea que el Departamento de Servicios para Veteranos de la ciudad de Nueva York lo contacte a usted o a un miembro de su grupo familiar? ☐ Sí ☐ No	¿Desea el candidato recibir información o ser contactado para inscribirse para votar?** (Marque una): ☐ Sí ☐ No *El candidato puede votar en las elecciones federales de EE. UU. si: 1) Es ciudadano estadounidense; 2) Cumple los requisitos de residencia de su estado; 3) Tiene 18 años. Algunos estados permiten que los jóvenes de 17 años voten en las primarias o se registren para votar si van a cumplir 18 años antes de las elecciones generales. Consulte los requisitos de edad para registrarse como votante en su estado.	Si el candidato es una persona con discapacidad, indique el tipo de discapacidad (marque todas las que correspondan): ☐ Deterioro cognitivo ☐ Discapacidad auditiva ☐ Dificultad de aprendizaje ☐ Discapacidad mental o psiquiátrica ☐ Enfermedad física/crónica ☐ Deterioro físico/de la movilidad ☐ Discapacidad visual ☐ Otra: _____ ☐ Prefiero no responder																																																																		

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

¿Cómo se enteró de los programas del DYCD para los que presenta la solicitud? (Marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|--|
| ☐ Publicidad | ☐ Recomendación de una agencia gubernamental |
| ☐ Llamada al 311 | ☐ Recomendación de otra organización en la que recibía servicios (p. ej., administración de casos, centro para personas mayores, refugio, etc.) |
| ☐ discoverDYCD | ☐ Escuela |
| ☐ Community Connect del DYCD | ☐ Feria callejera, evento especial o difusión en la calle |
| ☐ Redes sociales del DYCD | ☐ Sitio web (especifique cuál) _____ |
| ☐ Familiar, amigo o vecino | ☐ Le contaron |
| ☐ Lugar de culto | ☐ Otros (especifique) _____ |
| ☐ Medios de comunicación (periódico, radio, TV, etc.) | |

Identidad de género del candidato (marque todas las que correspondan):

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No binario (ni femenino ni masculino)
- ☐ Género no conforme
- ☐ Dos espíritus (Nativos americanos/Primeras naciones)
- ☐ Otro género: _____
- ☐ No lo sé con seguridad
- ☐ No entiendo la pregunta
- ☐ Prefiero no responder

Orientación sexual del candidato:

- ☐ Heterosexual
- ☐ Gay
- ☐ Lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Pansexual
- ☐ Asexual
- ☐ Queer
- ☐ Dudando
- ☐ No lo sé con seguridad
- ☐ Otra orientación sexual: _____
- ☐ Prefiero no responder

¿Se identifica el candidato como transgénero? (Marque una):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé con seguridad
- ☐ No entiendo la pregunta
- ☐ Prefiero no responder

Pronombre del candidato:

- ☐ Ella
- ☐ Él
- ☐ Elle
- ☐ Otro pronombre: _____
- ☐ Prefiero no responder

Parte II: Información de contacto del candidato (o del padre/de la madre/del tutor)

☐ La información de contacto de abajo es para el candidato

Núm. de tel. 1:	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	Núm. de tel. 2:	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
------------------------	---	------------------------	---

Correo electrónico (requerido):

Método de contacto preferido:

- ☐ Celular ☐ Tel. de casa ☐ Correo electrónico
- ☐ Servicio Postal de EE. UU.

Información de contacto del padre/tutor: esta sección es obligatoria para solicitantes menores de 18 años

☐ La información de contacto de abajo es para el padre/la madre/el tutor

Núm. de tel. 1:	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	Núm. de tel. 2:	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
------------------------	---	------------------------	---

Dirección: ☐ Igual que candidato

Método de contacto preferido:

- ☐ Celular ☐ Tel. de casa ☐ Correo electrónico ☐ Servicio Postal de EE. UU.

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Parte III: Información del contacto de emergencia

1	Nombre del contacto de emergencia:	Núm. de teléfono principal del contacto de emergencia: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
	Dirección del contacto de emergencia: ☐ Igual que candidato	Relación del contacto de emergencia con el candidato: ☐ El contacto de emergencia del candidato es el padre/la madre/el tutor
2	Nombre del contacto de emergencia:	Núm. de teléfono principal del contacto de emergencia: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
	Dirección del contacto de emergencia: ☐ Igual que candidato	Relación del contacto de emergencia con el candidato: ☐ El contacto de emergencia del candidato es el padre/la madre/el tutor

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:	Núm. de tel.:	Relación:
_____	_____	_____
Nombre:	Núm. de tel.:	Relación:
_____	_____	_____
Nombre:	Núm. de tel.:	Relación:
_____	_____	_____

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

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

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Parte IV: Información sobre estudios/trabajo del candidato

Tipo de formación del candidato (marque una): ☐ Estudiante a tiempo completo** ☐ Estudiante a tiempo parcial** ☐ No estudia***	**Si el candidato es un estudiante a tiempo parcial o a tiempo completo, seleccione el grado actual del candidato (marque una): ***Si el candidato no estudia, seleccione el último grado completado por el candidato (marque una):								
	Escuela primaria	☐ Pre-K	☐ K	☐ 1.º	☐ 2.º	☐ 3.º	☐ 4.º	☐ 5.º	
	Nivel medio	☐ 6.º		☐ 7.º			☐ 8.º		
	Secundaria	☐ 9.º	☐ 10.º	☐ 11.º	☐ 12.º	☐ Con diploma del secundario	☐ Con equivalencia del secundario		
Trabajo actual del candidato (Marque una): ☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Desempleado (hace poco tiempo, 6 meses o menos) ☐ Desempleado (hace mucho tiempo, más de 6 meses) ☐ Desempleado (no forma parte de la población activa) ☐ Trabajador agrícola estacional migrante ☐ No corresponde (el candidato es menor de 14 años)	Universidad comunitaria	☐ 1.º año		☐ 2.º año		☐ 3.º año		☐ 4.º año	☐ Con título de asociado
	Formación vocacional/de oficios	☐ Con algunos créditos de formación vocacional/de oficios, pero sin certificados ni títulos					☐ Con certificado o título de un centro de formación vocacional o de oficios		
	Facultad/Universidad de 4 años	☐ Estudiante de primer año		☐ Estudiante de segundo año		☐ Junior		☐ Senior	
	Máster	☐ Con algunos créditos de maestría, pero sin título					☐ Con título de maestría		
	Formación profesional	☐ Con algunos créditos de formación profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD), pero sin título					☐ Con título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)		
	Doctorado	☐ Con algunos créditos de doctorado, pero sin título					☐ Con título de doctorado		
	Otro	☐ Con título del extranjero					☐ Sin estudios formales		

Requerido para estudiantes de tiempo completo

ID de estudiante/OSIS:	Tipo de escuela:	
	☐ Pública ☐ Charter ☐ Privada ☐ Otra: _____	
Nombre de la escuela:		
Dirección de la escuela:	Ciudad:	Código postal:

Parte V: Información del grupo familiar

Para toda la siguiente serie de preguntas, por **GRUPO FAMILIAR** se entiende cualquier persona o grupo de personas (familiares o no familiares) que conviven como una unidad económica. Por **INGRESOS** se entienden los ingresos brutos anuales totales de todos los integrantes familiares y no familiares mayores de 18 años del grupo familiar.

El candidato es parte de un grupo familiar encabezado por (marque uno): ☐ Monoparental: mujer ☐ Monoparental: hombre ☐ Solo una persona: sin hijos ☐ Adultos no emparentados con niños ☐ Dos adultos: sin niños ☐ Grupo familiar biparental ☐ Grupo familiar multigeneracional ☐ Otro	Tipo de vivienda del candidato (marque uno): ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Sin vivienda ☐ Autoridad ☐ Otra: _____ de la Vivienda de la ciudad de Nueva York (NYCHA) ☐ Refugio ☐ Otra vivienda permanente
--	---

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Cant. de personas del grupo de familiar del candidato (marque una): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Uno</td> <td>☐ Dos</td> <td>☐ Tres</td> <td>☐ Cuatro</td> </tr> <tr> <td>☐ Cinco</td> <td>☐ Seis</td> <td>☐ Siete</td> <td>☐ Ocho</td> </tr> <tr> <td>☐ Nueve</td> <td>☐ Diez</td> <td>☐ Once</td> <td>☐ Doce</td> </tr> <tr> <td>☐ Trece</td> <td>☐ Catorce</td> <td>☐ Quince</td> <td>☐ Dieciséis</td> </tr> <tr> <td>☐ Diecisiete</td> <td>☐ Dieciocho</td> <td>☐ Diecinueve</td> <td>☐ Más de veinte</td> </tr> </table>	☐ Uno	☐ Dos	☐ Tres	☐ Cuatro	☐ Cinco	☐ Seis	☐ Siete	☐ Ocho	☐ Nueve	☐ Diez	☐ Once	☐ Doce	☐ Trece	☐ Catorce	☐ Quince	☐ Dieciséis	☐ Diecisiete	☐ Dieciocho	☐ Diecinueve	☐ Más de veinte	Ingresos estimados del grupo familiar en los últimos 12 meses: \$ _____ (ex. \$45,000) ☐ Prefiero no responder								
☐ Uno	☐ Dos	☐ Tres	☐ Cuatro																										
☐ Cinco	☐ Seis	☐ Siete	☐ Ocho																										
☐ Nueve	☐ Diez	☐ Once	☐ Doce																										
☐ Trece	☐ Catorce	☐ Quince	☐ Dieciséis																										
☐ Diecisiete	☐ Dieciocho	☐ Diecinueve	☐ Más de veinte																										
Fuentes de ingresos del grupo familiar del candidato: (Marque todas las que correspondan): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Salarios laborales</td> <td>☐ Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio</td> <td>☐ Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge</td> <td>☐ Manutención de los hijos</td> <td>☐ Vales de asistencia financiera de cuidado infantil</td> <td>☐ Crédito tributario por ingreso del trabajo (ETC)</td> <td>☐ Crédito tributario por ingreso del trabajo</td> </tr> <tr> <td>☐ Asistencia general</td> <td>☐ Cupones de elección de vivienda</td> <td>☐ Programa de Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD-VASH)</td> <td>☐ Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)</td> <td>☐ Pensión</td> <td>☐ Vivienda de apoyo permanente</td> <td>☐ Seguro privado por discapacidad</td> </tr> <tr> <td>☐ Vivienda pública</td> <td>☐ Red de Seguridad/Ayuda a domicilio</td> <td>☐ Ingresos del Seguro Social por jubilación</td> <td>☐ Ingresos del Seguro Social por discapacidad (SSDI)</td> <td>☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</td> <td>☐ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)</td> <td>☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)</td> </tr> <tr> <td>☐ Seguro por desempleo</td> <td>☐ Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos</td> <td>☐ Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos</td> <td>☐ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)</td> <td>☐ Indemnización laboral</td> <td>☐ Otra: _____</td> <td>☐ Prefiero no responder</td> </tr> </table>		☐ Salarios laborales	☐ Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio	☐ Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge	☐ Manutención de los hijos	☐ Vales de asistencia financiera de cuidado infantil	☐ Crédito tributario por ingreso del trabajo (ETC)	☐ Crédito tributario por ingreso del trabajo	☐ Asistencia general	☐ Cupones de elección de vivienda	☐ Programa de Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD-VASH)	☐ Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)	☐ Pensión	☐ Vivienda de apoyo permanente	☐ Seguro privado por discapacidad	☐ Vivienda pública	☐ Red de Seguridad/Ayuda a domicilio	☐ Ingresos del Seguro Social por jubilación	☐ Ingresos del Seguro Social por discapacidad (SSDI)	☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	☐ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)	☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	☐ Seguro por desempleo	☐ Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos	☐ Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos	☐ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐ Indemnización laboral	☐ Otra: _____	☐ Prefiero no responder
☐ Salarios laborales	☐ Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio	☐ Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge	☐ Manutención de los hijos	☐ Vales de asistencia financiera de cuidado infantil	☐ Crédito tributario por ingreso del trabajo (ETC)	☐ Crédito tributario por ingreso del trabajo																							
☐ Asistencia general	☐ Cupones de elección de vivienda	☐ Programa de Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD-VASH)	☐ Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)	☐ Pensión	☐ Vivienda de apoyo permanente	☐ Seguro privado por discapacidad																							
☐ Vivienda pública	☐ Red de Seguridad/Ayuda a domicilio	☐ Ingresos del Seguro Social por jubilación	☐ Ingresos del Seguro Social por discapacidad (SSDI)	☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	☐ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)	☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)																							
☐ Seguro por desempleo	☐ Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos	☐ Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos	☐ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	☐ Indemnización laboral	☐ Otra: _____	☐ Prefiero no responder																							
Parte VI: Situación respecto al seguro médico del candidato																													
¿Tiene el candidato seguro médico? (Marque una): ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder	En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico tiene el candidato? (Marque todas las que correspondan) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Medicaid</td> <td>☐ Medicare</td> <td>☐ Programa estatal de cobertura médica infantil</td> <td>☐ Asistencia sanitaria militar</td> </tr> <tr> <td>☐ Adquisición directa</td> <td>☐ Cobertura médica laboral</td> <td>☐ Cobertura médica infantil estatal para adultos</td> <td>☐ Prefiero no responder</td> </tr> </table>	☐ Medicaid	☐ Medicare	☐ Programa estatal de cobertura médica infantil	☐ Asistencia sanitaria militar	☐ Adquisición directa	☐ Cobertura médica laboral	☐ Cobertura médica infantil estatal para adultos	☐ Prefiero no responder																				
☐ Medicaid	☐ Medicare	☐ Programa estatal de cobertura médica infantil	☐ Asistencia sanitaria militar																										
☐ Adquisición directa	☐ Cobertura médica laboral	☐ Cobertura médica infantil estatal para adultos	☐ Prefiero no responder																										
Si no tiene seguro médico, ¿desea que otra persona lo contacte para informarle sobre cómo suscribirse a un seguro médico público? (Elija uno) ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder	Si desea que lo contactemos para suscribirse al seguro médico público, ¿cuál es su medio de contacto preferido? (Marque una): ☐ Corr. electrónico ☐ Tel. ☐ Correo postal de EE. UU. ☐ Vía proveedor ☐ Prefiero no responder																												

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Por favor, responda las preguntas a continuación y proporcione detalles adicionales en el espacio provisto. Muchas necesidades o desafíos de salud pueden ser atendidos y pueden no limitar la inscripción en el programa.

¿Tiene el solicitante alguna alergia? (comida, medicamentos, etc.)

☐ No ☐ Sí _____

¿Tiene el solicitante asma?

☐ No ☐ Sí _____

¿Tiene el solicitante necesidades especiales de atención médica?

☐ No ☐ Sí _____

¿Toma el solicitante medicamentos para alguna condición o enfermedad?

☐ No ☐ Sí _____

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

☐ No ☐ Sí _____

Por favor, proporcione a continuación cualquier detalle adicional sobre la salud:

☐ N/A

Por favor, enumere a continuación cualquier adaptación que esté solicitando para usted/el solicitante:

☐ N/A

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Parte VII: Consentimientos y Firmas

Información de Recogida/Salida

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

Mi hijo tiene permiso para irse a casa solo al salir:

☐ Sí ☐ No

Consentimiento para Participar

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Estoy de acuerdo con su verificación y entiendo que la falsificación puede ser motivo de terminación del servicio. La información proporcionada puede ser utilizada por la Ciudad de Nueva York para mejorar los servicios de la Ciudad y el acceso a esos servicios y para acceder a fondos adicionales.

Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años o más y estoy autorizado para dar mi consentimiento.

☐ Sí ☐ No

Firma del Participante

Nombre del Participante (en letra de imprenta)

Fecha

Si el participante tiene menos de 18 años:

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

Fecha

Consentimiento para Tratamiento Médico de Emergencia

Si el participante tiene 18 años o más:

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por DYCD. En caso de emergencia médica, por la presente doy mi consentimiento para que se obtenga el tratamiento médico de emergencia necesario en mi nombre. Además, autorizo a que se contacte a la(s) persona(s) de contacto de emergencia listadas.

☐ Sí, doy mi permiso

☐ No, no doy mi permiso

Firma del Participante

Nombre del Participante (en letra de imprenta)

Fecha

Si el participante tiene menos de 18 años:

Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por DYCD. En caso de emergencia médica, por la presente doy mi consentimiento para que se obtenga el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, con el entendimiento de que será notificado tan pronto como sea posible. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme a mí o, si no estoy disponible, a la(s) persona(s) de contacto de emergencia listadas antes y después de proporcionar atención médica.

☐ Sí, doy mi permiso

☐ No, no doy mi permiso

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

Fecha

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Consentimiento para Fotografía/Videograbación y Uso de Trabajo Original

Como participante inscrito en un programa financiado por DYCD, tenga en cuenta que de vez en cuando DYCD y la Ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones de terceros con las que colabora u otros representantes del gobierno (colectivamente "Partes Autorizadas") pueden estar presentes durante actividades del programa y eventos especiales asociados con los servicios del programa, tanto en la ubicación habitual del programa como en eventos fuera del sitio. En algunos casos, pueden fotografiar, videografiar, entrevistar o de otra manera registrar a los participantes y sus familias y amigos en estos programas. Las imágenes, videos y entrevistas resultantes pueden ser utilizados con o sin el nombre del participante en medios impresos y electrónicos como folletos, libros, boletines impresos y por correo electrónico, DVDs y videos, sitios web, redes sociales y blogs (colectivamente "Medios").

Por la presente autorizo y permito a las Partes Autorizadas, sin compensación y sin necesidad de aprobación adicional, fotografiar y/o grabar mi imagen y la de mi hijo, nombre, semejanza y el sonido de mi voz y la de mi hijo durante las actividades y eventos especiales del programa financiado por DYCD, y por la presente consiento que las imágenes, videos y entrevistas resultantes sean utilizadas sin compensación y sin necesidad de aprobación adicional por las Partes Autorizadas únicamente para fines no lucrativos y no comerciales en todos y cada uno de los Medios.

☐ Sí ☐ No

Si en el transcurso de la participación en actividades del programa financiado por DYCD y eventos especiales se crea algún trabajo original, como arte, música, coreografía, poesía o prosa (colectivamente "Trabajo Original"), por mí o mi hijo, por la presente consiento que dicho Trabajo Original sea utilizado por las Partes Autorizadas sin compensación y sin necesidad de aprobación adicional únicamente para fines no lucrativos y no comerciales en todos y cada uno de los Medios.

☐ Sí ☐ No

Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años o más y estoy autorizado para dar mi consentimiento.

☐ Sí ☐ No

Firma del Participante

Nombre del Participante (en letra de imprenta)

Fecha

Si el participante tiene menos de 18 años:

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

Fecha

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Consentimiento de los Padres/Tutores para Recopilar y Compartir Información del Estudiante

El Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD) proporciona financiación para este programa como parte de su misión de ayudar a que su hijo alcance su máximo potencial. Muchos de nuestros programas son administrados por organizaciones comunitarias. Trabajamos para asegurarnos de que los servicios que usted y sus hijos reciben sean de la más alta calidad. DYCD está solicitando su permiso para permitirnos recopilar la información que necesitamos sobre su hijo, su participación y la calidad de los servicios proporcionados.

¿Qué información de los registros estudiantiles de su hijo está solicitando DYCD?

Estamos solicitando su permiso para que las Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (NYCPS) compartan con DYCD información personalmente identificable de los registros estudiantiles de su hijo. La información que nos gustaría recopilar consiste en información biográfica y de inscripción (específicamente el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación estudiantil, grado, escuela(s) a las que asistió y datos de transferencia, baja y graduación de su hijo); datos sobre la asistencia escolar de su hijo (incluyendo el número de días asistidos y ausencias); y datos de rendimiento académico (incluyendo los resultados de su hijo en exámenes estatales y nacionales, créditos obtenidos, calificaciones, estatus de promoción y retención, y puntuación del fitnessgram); y datos relacionados con cualquier acción disciplinaria tomada contra su hijo (incluyendo el número y tipo de suspensiones).

Estamos solicitando recopilar la información listada anteriormente sobre su hijo de manera pasada, presente y futura (es decir, continua).

También estamos solicitando su permiso para que DYCD comparta información que recopilamos en el formulario de inscripción de usted y/o su hijo con el personal de NYCPS. La información incluye información de registro, intereses y desafíos del estudiante, tipo de programa en el que está inscrito y frecuencia de participación. Esta información será utilizada para ayudar a la escuela y la organización comunitaria a trabajar juntos para satisfacer sus necesidades y las de su hijo.

¿Quién verá la información de su hijo y cómo será protegida?

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo son el personal de DYCD y NYCPS que gestionan los sistemas de datos y preparan informes de investigación y análisis de programas. El número limitado de personal de DYCD identificado para recibir información personal es evaluado y recibe una formación extensa para seguir pautas estrictas sobre la protección de la confidencialidad de la información que podría identificarle a usted o a su hijo personalmente. La información personalmente identificable recopilada de los registros estudiantiles solo será compartida electrónicamente entre NYCPS y DYCD y será asegurada y protegida en la base de datos de DYCD. La información personalmente identificable no será compartida con ninguna organización comunitaria ni con sus miembros del personal. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Aunque solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las siguientes solicitudes no afectarán la participación de su hijo en los programas patrocinados por DYCD.

Por favor, marque Sí o No para cada una de las siguientes declaraciones:

Entiendo por qué DYCD está solicitando mi permiso para acceder a la información listada anteriormente de los registros estudiantiles de mi hijo y doy mi permiso para que NYCPS comparta esa información con DYCD de manera continua.

☐ **Sí, doy mi permiso**

☐ **No, no doy mi permiso**

Entiendo por qué DYCD está solicitando mi permiso para compartir información sobre mi hijo recopilada por DYCD con el personal de NYCPS y doy mi permiso para que DYCD comparta información con NYCPS de manera continua.

☐ **Sí, doy mi permiso**

☐ **No, no doy mi permiso**

Nombre del Estudiante/Solicitante: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Adicional del Padre/Tutor (opcional): _____

Firma Adicional del Padre/Tutor (opcional): _____

Inscripción universal para participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos (mayores de 14 años)

Consentimiento para hacer derivaciones y compartir información

El Departamento de Desarrollo de la Juventud y la Comunidad de Nueva York (DYCD) invierte en programas y servicios para ayudar a nuestras comunidades y a las personas que viven en ellas. Queremos asegurarnos de que los conozca y facilitarle la presentación de su solicitud.

Por qué necesitamos su consentimiento

Con él, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si reúne los requisitos para recibir servicios.
- Enviarle información sobre los programas y servicios financiados por el DYCD a los que puede postularse.
- Enviarle información sobre actividades de investigación, grupos de debate y encuestas para mejorar los programas.
- Compartir información de su solicitud de participación en el DYCD con los programas a los que se postula.
- Hacer un seguimiento de los resultados de los servicios que recibe.

Lo que compartimos

Solo daremos información para demostrar que reúne los requisitos o para ayudarlo a inscribirse en programas financiados por el DYCD.

Quién ve su información y cómo la protegemos

Solo los empleados autorizados del DYCD y de los programas que el DYCD financia pueden verla.

Lea a continuación, marque una de las casillas y complete el resto.

Entiendo que el DYCD necesita mi consentimiento para lo siguiente:

- Decidir si reúno los requisitos para recibir servicios.
- Enviarme información sobre programas y servicios a los que puedo postularme.
- Derivarme a programas financiados por el DYCD.
- Enviarme información sobre actividades de investigación, grupos de debate y encuestas para mejorar los programas.
- Compartir información de mi solicitud de participación en el DYCD con los programas a los que me postulo.
- Hacer un seguimiento de los resultados de los servicios que recibo.

☐ **Sí, doy mi consentimiento.**

☐ **No, no doy mi consentimiento.**

Nombre completo del participante (en letra de imprenta)

Firma del participante (o del padre, madre o tutor en el caso de participantes menores de 18 años)

Fecha



Participación de los padres

Nombre de padre/madre:

Apellido de padre/madre:

Número de teléfono:

Número de teléfono del trabajo:

Número de teléfono celular:

Correo electrónico:

- ☐ Yo autorizo a New York Edge a enviar correo electrónico que contiene alertas especiales, avisos e información estudiantil. Podrá discontinuar estos correos electrónicos en cualquier momento.
- ☐ Yo autorizo a New York Edge a enviar mensajes de textos que contienen alertas especiales, avisos e información estudiantil a mi teléfono celular. Podrá discontinuar estos mensajes en cualquier momento. Cargos de mensajes de texto podrían ser aplicados según detallado por su plan celular.

Yo autorizo a New York Edge para llamar/robollar que contienen alertas especiales, avisos e información estudiantil a mi teléfono celular. Podrá discontinuar estos mensajes en cualquier momento. Cargos de mensajes de texto podrían ser aplicados según detallado por su plan celular.

¿A qué se dedica?

Cuál es la afiliación de su empresa (opcional):

Me gustaría apoyar los programas de New York Edge de la siguiente manera (marque las áreas de interés):

Hacerse voluntario:

- | | |
|---|--|
| ☐ Otoño (septiembre a diciembre) | ☐ Involucrar a mi empresa |
| ☐ Invierno (enero a marzo) | ☐ Abogar por los programas después del horario escolar |
| ☐ Primavera (abril a junio) | ☐ Seguir las redes sociales de New York Edge |
| ☐ Verano (julio a agosto) | ☐ Enviar donaciones a New York Edge (en especie o monetarias) |
| | ☐ Otro: |

Declaración de certificación

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. Estoy de acuerdo y acepto que cumpliré todas las reglas y regulaciones aplicables de este programa. Doy mi consentimiento para la inscripción y participación del niño mencionado anteriormente en este programa.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



EXENCIONES Y CONSENTIMIENTOS

Favor de colocar su inicial al lado de cada consentimiento a continuación.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Reconozco que los participantes realizarán actividades durante programas de New York Edge que podrían resultar en lesiones personales o daños a la propiedad. Por la presente libero y exonero a New York Edge de cualquier y todas las reclamaciones que yo o mi hijo/a podríamos tener derivadas de, o en relación con, la participación en el programa. Dicha demanda incluye, pero no se limita a, cualquier reclamación, demanda o causa de acción por lesiones a mi hijo/a, excepto cuando se debe a la negligencia de New York Edge.

CONSENTIMIENTO DE APRENDIZAJE ELECTRÓNICO: Entiendo que a veces mi participante podría tener que participar en el aprendizaje electrónico para participar en los programas New York Edge. New York Edge facilitará cualquier aprendizaje electrónico necesario, incluso en respuesta a los cierres relacionados con COVID-19, mediante las plataformas Google Classroom y Zoom.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las oportunidades de aprendizaje electrónico de New York Edge usando las plataformas de Google Classroom y Zoom.

Para obtener más información sobre las plataformas de aprendizaje electrónico, visite:

https://gsuite.google.com/terms/education_privacy.html (Google Classroom)

<https://zoom.us/terms> (Zoom)

CONSENTIMIENTO DE FOTO/VIDEO: Doy mi consentimiento para que mi participante sea fotografiado y/o grabado durante eventos y actividades de New York Edge, ya sea dentro de o fuera de la escuela. Doy mi permiso para cualquier fotografía y/o grabación sea exhibidas por New York Edge en cualquier medio legal (libros, boletines, sitios web, redes sociales, etc.) ahora o en el futuro, para lo cual ni yo ni mi participante recibiremos derechos de propiedad o compensación monetaria.

CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTAS/ENCUESTAS: Entiendo que New York Edge tiene eventos, tanto en como fuera de la escuela, en los cuales representantes de los medios de comunicación, reporteros de televisión, fotógrafos o personal de relaciones públicas podrían estar presente. En algunos casos podrían entrevistar, fotografiar o encuestar a los niños que participan en estos eventos, incluyendo a mi participante.

Entiendo que a mi participante se le podrían hacer preguntas sobre las actividades y programas de New York Edge, y que el contenido de esa entrevista podría ser publicado o transmitido públicamente. Entiendo que mi hijo/a estará bajo la supervisión del personal de New York Edge durante cualquier entrevista directa, sesión fotográfica o encuesta. Entiendo que mi participante se reserva el derecho de negarse a contestar cualquier pregunta o participar en cualquier discusión, y que mi hijo o el personal de supervisión de New York Edge podrían terminar la sesión en cualquier momento por cualquier motivo.

Yo, el abajo firmante, certifico que soy el padre o tutor legal de _____ cuya fecha de nacimiento es _____, que he leído los consentimientos descritos anteriormente y doy permiso para que mi participante participe en el programa de New York Edge.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



Consentimiento de los Padres para Participar en la Evaluación del Programa Extraescolar

Estimado Padre/Tutor,

Su hijo, _____, está inscrito en el programa extraescolar en _____.

Para supervisar la eficacia del programa extraescolar y asegurar su éxito futuro, New York Edge realizará evaluaciones en curso. Es la intención de las evaluaciones aprender cómo estos servicios ayudan a los estudiantes y cómo pueden mejorarse para satisfacer las necesidades de financiación.

Específicamente pedimos permiso a los padres para:

- Hablar con los maestros y el personal extraescolar sobre el progreso de los niños y su participación en el programa de actividades extraescolares, y revisar los registros del programa sobre la participación en el programa extraescolar.
- Encuestar y/o entrevistar a padres e hijos sobre el programa extraescolar y sus efectos. Habrá una encuesta distribuida mediante texto/correo electrónico a lo largo del año. La encuesta tomará aproximadamente 15 minutos. También podrán celebrarse debates de grupo, que durarán hasta 30 minutos.

Cualquier información que recopilamos se utilizará sólo para evaluar el programa extraescolar y no se divulgará públicamente. La participación en la evaluación es totalmente voluntaria, y los participantes pueden retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. La información personal no se utilizará para ningún propósito después de completada la evaluación.

Favor de colocar su inicial al lado de las opciones a continuación y devuelva el formulario al coordinador/director del programa.

_____ SÍ, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A PARTICIPE. He leído la información anterior y doy permiso para que mi hijo participe en la evaluación del programa extraescolar.

_____ NO, NO DESEO QUE MI HIJO/A PARTICIPE. He leído la información anterior y no doy permiso para que mi hijo/a participe en la evaluación del programa extraescolar.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR FECHA



Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Datos de Padres/Tutores

I. Información solicitada.

New York Edge solicita su permiso para recopilar datos sobre el rendimiento académico y la inscripción de su hijo/a. Esta información se utilizará con el fin de establecer los resultados del programa y podría ser utilizado en un formato combinado, no individualizado, para ayudar a abogar por la financiación continua.

- Comunicarse con la escuela de sus hijos y obtener registros que muestren su progreso, incluyendo boletas de calificaciones, calificaciones, en toda la ciudad y puntuaciones de exámenes a nivel estatal, asistencia, elección de escuela, y cualquier otro informe relacionado con el progreso académico.
- Información biográfica y de inscripción (que consiste específicamente en el nombre de su hijo, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, grado, escuela(s) atendidos y transferir, alta, y los datos de graduación sobre su hijo/a)
- Datos relativos a la asistencia escolar de su hijo (incluyendo el número de días y ausencias)
- Datos de desempeño académico (incluyendo los resultados de su hijo en exámenes estatales y nacionales, créditos obtenidos, calificaciones, estado de promoción y retención, y calificación de fitness gram)
- Datos relacionados con cualquier medida disciplinaria adoptada contra su hijo (incluyendo cantidad y tipo de suspensiones)

II. ¿Cómo se mantendrán confidenciales los datos de su hijo?

No usaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Mientras solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las siguientes solicitudes no afectarán la participación de su hijo en nuestros programas.

Favor de colocar su inicial al lado de cada Si o No para la declaración a continuación:

- Entiendo por qué New York Edge está solicitando mi permiso para acceder a la información mencionada anteriormente de los registros estudiantiles de mi hijo/a, y doy permiso al DOE para compartir esa información con New York Edge de forma continua.

___ **Sí, autorizo a New York Edge y DOE a compartir la información de registros estudiantiles de mi hijo/a.**

___ **No, no autorizo a New York Edge y DOE a compartir la información de registros estudiantiles de mi hijo/a.**

Nombre del Estudiante/Solicitante: _____

Nombre del Padre/Tutor: *(Favor de Escribir en Letra de Molde)* _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor Adicional: *(opcional)* _____

Firma del Padre/Tutor Adicional: *(opcional)* _____



FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

(A ser completado por el padre/madre o tutor)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Autorizo a New York Edge ("Programa") para, si es necesario, proporcionar primeros auxilios básicos de acuerdo a su nivel de capacitación. La evaluación de lesiones y la intervención incluirán el uso de antibióticos tópicos para la piel, según corresponda.
2. Si mi hijo(a) requiere atención médica de emergencia según lo determinado por un empleado del Programa debidamente capacitado, doy mi consentimiento al Programa mencionado para obtener la atención médica necesaria para mi hijo(a). Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que reciba mi hijo(a).
3. Por la presente, libero al Programa de cualquier y todo reclamo que yo o mi hijo(a) podamos tener en contra de New York Edge que surja o esté relacionado con el suministro de Primeros Auxilios como se describe en este documento, excepto cuando se deba a la negligencia del personal de New York Edge. Este acuerdo está firmado con el propósito de liberar, descargar e indemnizar plenamente al programa de toda responsabilidad según se describe en este documento.
4. Después de recibir atención médica de emergencia, mi hijo(a) puede ser dado de alta a las siguientes personas:

Nombre: _____	Relación con el(la) niño(a): _____	Edad: _____
Dirección: _____	Empleador: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	

Nombre: _____	Relación con el(la) niño(a): _____	Edad: _____
Dirección: _____	Empleador: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	

Nombre: _____	Relación con el(la) niño(a): _____	Edad: _____
Dirección: _____	Empleador: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	

5. Información de salud:

Alergias: _____	Preferencia religiosa: (opcional) _____
Última antitetánica: _____	Medicamentos que está tomando: _____

Médico del estudiante
(Nombre y teléfono) _____

Antecedentes médicos u otros hechos pertinentes que deban tenerse en cuenta:

6. Entiendo que este consentimiento estará en efecto a partir de la fecha en que firme este formulario y continuará mientras mi hijo(a) esté inscrito en el Programa.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Marzo 2026

Estimado miembro del Concejo:

Durante más de tres décadas, el Ayuntamiento de la Ciudad de Nueva York se ha asociado con **New York Edge/NYE** para brindar programas GRATUITOS después de la escuela y durante el verano en toda la ciudad que sean cordiales, enriquecedores y divertidos. Como padre cuyo hijo participa en el programa NYE, he visto de primera mano los beneficios (académicos, físicos y emocionales) que ofrece este programa.

Los programas deportivos, artísticos, recreativos y académicos de New York Edge están a la altura de los mejores programas de enriquecimiento privados de pago de la ciudad. Sus programas son culturalmente relevantes, adaptados a las necesidades e intereses de los estudiantes y basados en el aprendizaje socioemocional. Su personal participa, está atento y comprometido con los estudiantes a los que sirve.

Un aumento en los fondos del programa NYE en el próximo presupuesto es vital para mi hijo, para los niños de nuestra comunidad y para miles de jóvenes en los cinco distritos.

Como su constituyente, le pido que abogue por New York Edge y luche en favor de sus solicitudes de financiamiento a nivel municipal para el año fiscal 2027.

Gracias.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Correo Electrónico _____