





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**

<b>Primer nombre del solicitante:</b>	<b>Apellido del solicitante:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>
---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**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
--	--	---

<b>Dirección principal del solicitante</b> (Número y calle):	<b>Número de apartamento</b>
--	------------------------------

<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>
----------------	-----------------------

**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.

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

### Información de contacto de emergencia

*Al menos un contacto de emergencia debe ser identificado*

<b>1</b>	<b>Nombre del contacto de emergencia #1:</b>	<b>Relación del contacto de emergencia con el solicitante:</b> <input type="checkbox"/> Es Padre/Madre/Tutor					
	<b>Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:</b>						
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No tiene dirección de correo electrónico.</span>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;"> <b>Dirección:</b>  <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante           </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <b>Ciudad:</b> </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> <b>Estado:</b> </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> <b>Código postal:</b> </td> </tr> </table>				<b>Dirección:</b> <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección:</b> <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>				
<b>2</b>	<b>Nombre del contacto de emergencia #2:</b>	<b>Relación del contacto de emergencia con el solicitante:</b> <input type="checkbox"/> Es Padre/Madre/Tutor					
	<b>Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:</b>						
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No tiene dirección de correo electrónico.</span>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;"> <b>Dirección:</b>  <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante           </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <b>Ciudad:</b> </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> <b>Estado:</b> </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> <b>Código postal:</b> </td> </tr> </table>				<b>Dirección:</b> <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección:</b> <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>				

*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:**

<b>Nombre:</b> _____	<b>Número de teléfono</b> _____	<b>Relación:</b> _____
<b>Nombre:</b> _____	<b>Número de teléfono</b> _____	<b>Relación:</b> _____
<b>Nombre:</b> _____	<b>Número de teléfono</b> _____	<b>Relación:</b> _____

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

<b>Nombre:</b> _____	<b>Nombre:</b> _____	<b>Nombre:</b> _____
----------------------	----------------------	----------------------

### 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*

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

<b>Nombre de escuela:</b> _____
---------------------------------

<b>Dirección de Escuela:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____	<b>Código postal:</b> _____
------------------------------------	----------------------	-----------------------------

## 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): \_\_\_\_\_

Consulte las INSTRUCCIONES en el reverso.

**NOMBRE DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL** \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde el nombre del niño inscrito en este centro de cuidado infantil

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

**INSTRUCCIONES**

**Complete la SECCIÓN A si alguien en su grupo familiar**

1. Participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Programa de asistencia nutricional suplementaria)
2. Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families, TANF)
3. Participa en el Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indias (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR), O
4. Es un niño en cuidado temporal

**SECCIÓN A**

N.º de caso SNAP (SNAP Case #) \_\_\_\_\_

N.º TANF (TANF #) \_\_\_\_\_

N.º FDIPIR (FDPIR #) \_\_\_\_\_

Nombres de \_\_\_\_\_  
Niños en cuidado temporal \_\_\_\_\_

**Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar.** Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

<b>FOR SPONSOR USE ONLY</b>
CACFP Agreement # _____
Total Number of Household Members _____ <small>(INCLUDING FOSTER CHILDREN, IF APPLICABLE)</small>
Total Household Income \$ _____
Free _____ Reduced _____ Paid _____
Date of Determination _____
Signature of Center Staff _____

**Complete la SECCIÓN B si nadie en su grupo familiar** participa en SNAP, recibe TANF, participa en FDIPIR o si ninguno de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil es un niño en cuidado temporal.

**SECCIÓN B**

Enumere todos los miembros del grupo a continuación. Inclúyase a usted y a todos los adultos y niños que NO se indican anteriormente, aún si no reciben ingresos. Luego, enumere todos los ingresos recibidos el **mes pasado** en su grupo familiar en la columna a la derecha. El ingreso bruto incluye: ingresos del trabajo, pensiones, jubilación, Seguro Social, manutención infantil, ingresos personales por niño bajo cuidado temporal y cualquier otra fuente de ingresos.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO BRUTO MENSUAL
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
7. _____	\$ _____

**Un adulto de su grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar.** Después de leer la siguiente declaración y la declaración en el reverso, firme a continuación.

Yo certifico que la información anterior es verdadera y que todos los ingresos se han reportado. Yo entiendo que el centro obtendrá los fondos federales con base en la información que proporciono.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL 

--	--	--	--

 FECHA \_\_\_\_\_

USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

**Declaración de la Ley de Privacidad:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en este formulario. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar al participante para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario cuando: solicita en nombre de un niño en cuidado temporal; proporciona un número SNAP, TANF o FDPIR; o cuando indica que el adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un Número de seguro social. Usaremos su información para determinar si el centro es elegible para reembolso por comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento del Programa.

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR DOH-3688**

#### **Definición de los ingresos**

*Ingresos* significa el ingreso antes de las deducciones de impuestos sobre la renta, impuestos del Seguro Social, primas del seguro, contribuciones a la beneficencia y bonos, etc. Esto incluye lo siguiente: (1) compensación monetaria por servicios, incluyendo sueldos, salarios, comisiones u honorarios; (2) ingreso neto de auto empleo no agrícola; (3) ingreso neto de auto empleo agrícola; (4) pagos del seguro social; (5) dividendos o intereses sobre ahorros o bonos, ingresos derivados de bienes o fideicomisos o de rentas netas; (6) compensación por desempleo; (7) empleado civil del gobierno o jubilación militar, o pensiones o pagos a veteranos; (8) pensiones o anualidades privadas; (9) pagos de pensión alimenticia o manutención infantil; (10) contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; (11) regalías netas; (12) beneficios militares recibidos en efectivo, como subsidio para vivienda si usted se encuentra dentro de la Iniciativa de Privatización Militar de Vivienda; y (13) cualquier otro ingreso en efectivo.

#### **Definición del grupo familiar**

Grupo familiar significa *familia*, según se define en la Sección 226.2. *Familia* significa un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una vivienda institucional o temporal, pero que viven como una unidad económica.

#### **INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES O TUTORES**

Escriba el nombre del centro de cuidado infantil en el espacio que se proporciona.

Escriba en letra de molde el nombre de cada niño en su grupo familiar que asista a este centro de cuidado infantil.

**Sección A:** si alguien en su grupo familiar participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), complete la Sección A solamente. Anote el número SNAP, TANF o FDPIR (no use su número de subsidio de cuidado infantil ACS o DSS). Luego, firme y coloque la fecha en el formulario y devuélvalo a la guardería.

**Niños en cuidado temporal:** si su grupo familiar incluye un niño en cuidado temporal que esté en cuidado infantil, escriba los nombres de los niños en cuidado temporal.

**Sección B:** complete esta sección si no completa la Sección A. Escriba su nombre y los nombres de todos los otros adultos y niños que viven en el grupo familiar, incluyendo personas no relacionadas, aún si no tienen ningún ingreso. No incluya a los niños en cuidado infantil que se encuentran en la parte superior del formulario.

Ingrese el monto de los ingresos que cada persona recibió el **mes pasado**, antes de impuestos o cualquier otra cosa que se haya deducido. Consulte la Definición de Ingresos y la Definición de Grupo Familiar, anteriormente. Si cualquier monto del mes pasado fue superior o inferior al usual, escríbalo en el ingreso normal de esa persona.

Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto que firma la certificación son obligatorios. Si no tiene un Número de Seguro Social, no escriba *ninguno*. El formulario lo debe firmar un miembro adulto del grupo familiar.

#### **INSTRUCCIONES PARA CENTROS Y PATROCINADORES**

**La sección *Solo para uso del patrocinador* la debe completar, firmar y fechar el personal del centro o el patrocinador.** El representante del patrocinador/centro debe revisar el formulario de elegibilidad de ingresos y asegurarse de que esté completo según se indica en las instrucciones anteriores. Luego indique lo siguiente:

##### **Número de Acuerdo CACFP.**

**Número total de miembros en el grupo familiar:** este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Agregue a los que se indica en la Sección B (si la completó) a los niños inscritos en cuidado infantil y el número de niños en cuidado temporal, si aplica.

**Ingresos totales del grupo familiar:** este inciso no tiene que completarse si el padre completó la Sección A. Indique los ingresos totales mensuales según se calcula en la Sección B. Si el padre elige no divulgar los ingresos, el formulario se debe clasificar como *pagado*.

**Número gratuito, reducido o pagado:** compare los ingresos totales del grupo familiar y el número total de miembros del grupo familiar con las Pautas de Elegibilidad de Ingresos del año actual (CACFP-3687) para determinar si el grupo familiar deberá clasificarse como **Gratis, Reducido o Pagado**. Utilice la columna apropiada en CACFP-3687 para clasificar sus ingresos. Por ejemplo, si el padre indicó un ingreso quincenal, multiplique ese monto por 26 para determinar el ingreso anual.

Los formularios incompletos (sin firma, sin información sobre los ingresos, sin los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o números de SNAP, TANF o FDPIR) se clasifican en la categoría de pagado.

**El formulario de elegibilidad de ingresos es válido hasta el último día del mes un año calendario después de la fecha en que lo firma el miembro del grupo familiar.** Por ejemplo, un formulario firmado el 12 de mayo de 2014, es válido hasta el 31 de mayo de 2015.

# CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please  
Print Clearly  
Press Hard

STUDENT ID NUMBER  
OSIS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name		First Name		Middle Name	Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____
Child's Address				Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other	
City/Borough		State	Zip Code	School/Center/Camp Name <b>Goddard Riverside Community Center</b>		District _____ Number _____
Health insurance (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parent/Guardian Last Name		First Name		Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Foster Parent <input type="checkbox"/>						

## TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER *If "yes" to any item, please explain (attach addendum, if needed)*

<b>Birth history</b> (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____			<b>Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?</b> If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid <input type="checkbox"/> Other controller <input type="checkbox"/> Quick relief med <input type="checkbox"/> Oral steroid <input type="checkbox"/> None		
<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____			<input type="checkbox"/> Attention Deficit Hyperactivity Disorder <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <input type="checkbox"/> Chronic or recurrent otitis media <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Other (specify) _____		
			<b>Medications</b> (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		
			<b>Dietary Restrictions</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		
<i>Explain all checked items above or on addendum</i>					

<b>PHYSICAL EXAMINATION</b>			<b>General Appearance:</b>		
Height _____ cm (____ %ile)	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
Weight _____ kg (____ %ile)	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
BMI _____ kg/m <sup>2</sup> (____ %ile)	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)				<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____				<input type="checkbox"/> Back/spine	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
				<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
				<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
				<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl
	<b>Describe abnormalities:</b>				

<b>DEVELOPMENTAL</b> (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Within normal limits If delay suspected, specify below <input type="checkbox"/> Cognitive (e.g., play skills) _____ <input type="checkbox"/> Communication/Language _____ <input type="checkbox"/> Social/Emotional _____ <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help _____ <input type="checkbox"/> Motor _____		<b>SCREENING TESTS</b>		<b>Date Done</b>		<b>Results</b>	
		<b>Blood Lead Level (BLL)</b> (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)		____/____/____		_____ μg/dL	
		<b>Lead Risk Assessment</b> (annually, age 6 mo-6 yrs)		____/____/____		<input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk	
		<b>Hearing</b> <input type="checkbox"/> Pure tone audiometry <input type="checkbox"/> OAE		____/____/____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
		<b>Hemoglobin or Hematocrit</b> (age 9-12 mo)		____/____/____		_____ g/dL _____ %	
				<b>Head Start Only</b>			
						<b>Tuberculosis</b> <i>Only required for students entering intermediate/middle/junior or high school who have not previously attended any NYC public or private school</i>	
				PPD/Mantoux placed		____/____/____ Induration _____ mm	
				PPD/Mantoux read		<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
				Interferon Test		____/____/____ <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
				Chest x-ray (if PPD or Interferon positive)		____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Not Indicated <input type="checkbox"/> Abnl	
				<b>Vision</b> (required for new school entrants and children age 4-7 yrs)		____/____/____ <input type="checkbox"/> with glasses Acuity Right ____ / ____ Left ____ / ____ Strabismus <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

<b>IMMUNIZATIONS - DATES</b>			CIR Number of Child _____		
Hep B	____/____/____	____/____/____	Influenza	____/____/____	____/____/____
Rotavirus	____/____/____	____/____/____	MMR	____/____/____	____/____/____
DTP/DTaP/DT	____/____/____	____/____/____	Varicella	____/____/____	____/____/____
Hib	____/____/____	____/____/____	Td	____/____/____	____/____/____
PCV	____/____/____	____/____/____	Tdap	____/____/____	____/____/____
Polio	____/____/____	____/____/____	Hep A	____/____/____	____/____/____
			Meningococcal	____/____/____	____/____/____
			HPV	____/____/____	____/____/____
			Other, Specify:	____/____/____	____/____/____

<b>RECOMMENDATIONS</b> <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Full diet <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____		<b>ASSESSMENT</b> <input type="checkbox"/> Well Child (V20.2) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____		<b>ICD-9 Code</b> _____	
Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____					
Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> Special Education <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision					
<input type="checkbox"/> Other _____					

Health Care Provider Signature			Date ____/____/____		
Health Care Provider Name and Degree (print)			Provider License No. and State _____		
Facility Name			National Provider Identifier (NPI) _____		
Address			City State Zip		
Telephone (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		<b>DOHMH PROVIDER ONLY</b>	
				PROVIDER I.D. _____	
			TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s)		
			Comments _____		
Date Reviewed: ____/____/____			I.D. NUMBER _____		
REVIEWER: _____					