

Formulaire d'inscription supplémentaire du DYCD pour Summer Rising

Ce formulaire doit être remis en main propre au prestataire et non par e-mail. Ce formulaire est pour les participants qui ont été acceptés au sein du programme Summer Rising via le portail d'inscription centralisé.

Renseignements sur l'élève

Prénom de l'élève : _____ Nom de famille : _____ Initiale : _____

Date de naissance : _____ # OSIS (élèves du DOE uniquement) : _____

Consentements et signatures pour les cas d'urgence

Consentement pour traitement médical d'urgence

Mon enfant est inscrit ou inscrit en tant que participant ou participante à un programme financé par le DYCD. En cas d'urgence médicale, je consens, par la présente, à ce qu'un traitement médical d'urgence nécessaire soit prodigué à mon enfant, étant entendu que des informations me seront communiquées dès que possible. Je comprends que tout sera mis en œuvre pour me contacter ou, si je ne suis pas disponible, les contacts d'urgence indiqués, avant et après la prestation des soins médicaux.

☐ Oui, je donne ma permission

☐ Non, je ne donne pas ma permission

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____

Date : _____

Informations sur la récupération des enfants/la sortie des classes

Mon enfant peut rentrer seul ou seule à la maison après la sortie des classes

☐ Oui

☐ Non

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____

Date : _____

Contacts d'urgence autorisés à récupérer l'enfant, sauf indication contraire

Les personnes supplémentaires suivantes sont autorisées à récupérer mon enfant :

Nom	Téléphone	Lien

Les personnes suivantes **NE PEUVENT PAS** récupérer mon enfant (veuillez écrire lisiblement) :

Nom	Téléphone	Lien

Renseignements médicaux

Veuillez répondre aux questions ci-dessous et indiquez tout détail supplémentaire dans l'espace prévu à cet effet. Veuillez joindre des pages supplémentaires si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

- Est-ce que l'élève a des allergies ? (Aliments, médicaments, etc.) ☐ Non ☐ Oui
- Est-ce que l'élève est asthmatique ? ☐ Non ☐ Oui
- Est-ce que l'élève a des besoins particuliers en matière de soins de santé ? ☐ Non ☐ Oui
- Est-ce que l'élève prend des médicaments pour une maladie ou un état de santé ? ☐ Non ☐ Oui
- Existe-t-il activités auxquelles l'élève ne peut pas participer ? ☐ Non ☐ Oui
- Veuillez fournir toute information médicale supplémentaire : ☐ Ne s'applique pas
- Indiquez tout aménagement que vous demandez pour vous-même/l'élève : ☐ Ne s'applique pas

Statut de la couverture santé de l'élève

Est-ce que l'élève a une couverture santé ? (Un choix) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Si oui, quel est le type de couverture santé que possède l'élève ? (Cochez tout ce qui s'applique) :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Medicaid | ☐ Medicare | ☐ Programme d'État d'assurance maladie pour enfants |
| ☐ Liée à l'emploi | ☐ Achat direct | ☐ Assurance maladie de l'État pour adultes |
| ☐ Soins de santé militaires | ☐ Ne souhaite pas répondre | |

Si vous n'avez pas de couverture santé, voulez-vous qu'une autre personne vous contacte avec des informations sur l'inscription à l'assurance maladie publique ? (Un choix) :

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Si vous n'avez pas de couverture santé, voulez-vous qu'une autre personne vous contacte avec des informations sur l'inscription à l'assurance maladie publique ? (Un choix) :

- ☐ E-mail ☐ Téléphone ☐ Courrier ☐ Via le prestataire ☐ Ne souhaite pas répondre

L'élève est un délinquant ou une délinquante/a des problèmes avec la justice ? ☐ Oui ☐ Non

L'élève est un ou une jeune en fugue ? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur le ménage

Pour la prochaine série de questions, on entend par **MÉNAGE** tout individu ou groupe d'individus (membres ou non-membres de la famille) qui vivent ensemble en tant qu'unité économique. On entend par **REVENU** le revenu brut annuel total de tous les membres et non-membres de la famille de plus de 18 ans vivant au sein du foyer.

L'élève vit dans un ménage avec à sa tête (un choix) :

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Un parent isolé - Femme | ☐ Deux adultes - Sans enfants | ☐ Un parent isolé - Homme |
| ☐ Un ménage biparental | ☐ Une personne seule - Sans enfants | ☐ Un ménage multigénérationnel |
| ☐ Des adultes sans lien de parenté avec enfants ☐ Other: _____ | | |

Type de logement de l'élève (un choix) :

- ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ NYCHA ☐ Foyer ☐ Sans-abri ☐ Autre logement permanent
- ☐ Autre : _____

Taille du ménage de l'élève (un choix) :

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Un | ☐ Deux | ☐ Trois | ☐ Quatre | ☐ Cinq | ☐ Six | ☐ Sept | ☐ Huit |
| ☐ Neuf | ☐ Dix | ☐ Onze | ☐ Douze | ☐ Treize | ☐ Quatorze | ☐ Quinze | ☐ Seize |
| ☐ Dix-sept | ☐ Dix-huit | ☐ Dix-neuf | ☐ Vingt ou plus | | | | |

Revenu total du ménage au cours des 12 derniers mois (un choix) :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ 0 \$ | ☐ 1 \$ à 12 060 \$ | ☐ 12 061 \$ à 16 240 \$ | ☐ 16 241 \$ à 20 420 \$ |
| ☐ 20 421 \$ à 24 600 \$ | ☐ 24 601 \$ à 28 780 \$ | ☐ 28 781 \$ à 32 960 \$ | ☐ 32 961 \$ à 37 140 \$ |
| ☐ 37 141 \$ à 41 320 \$ | ☐ 41 321 \$ à 50 000 \$ | ☐ 50 001 \$ à 60 000 \$ | ☐ 60 001 \$ à 70 000 \$ |
| ☐ 70 001 \$ à 80 000 \$ | ☐ 80 001 \$ à 90 000 \$ | ☐ 90 001 \$ à 100 000 \$ | ☐ Plus de 100 000 \$ |
| ☐ Ne souhaite pas répondre | | | |

Sources du revenu du ménage de l'élève (sélectionnez tout ce qui s'applique) :

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Subvention Affordable Care Act | ☐ Prestation compensatoire ou autre aide | ☐ Pension alimentaire |
| ☐ Aide à la garde d'enfants | ☐ Crédit d'impôts sur le revenu gagné (EITC) | ☐ Crédit d'impôts sur l'emploi |
| ☐ Salaires | ☐ General Assistance | ☐ Housing Choice Voucher |
| ☐ HUD-VASH | ☐ LIEHEAP | ☐ Pension |
| ☐ Logement permanent avec services d'accompagnement | | ☐ Assurance invalidité privée |
| ☐ Logement social | ☐ Safety Net/Home Relief | ☐ Prestations d'invalidité de la sécurité sociale (SSDI) |
| ☐ Revenus de retraite de la sécurité sociale | ☐ Allocation supplémentaire de revenu (SSI) | ☐ Indemnités d'accidents de travail |
| ☐ Assurance chômage | ☐ Pension d'invalidité des vétérans non liée au service | |
| ☐ Indemnités d'invalidité des vétérans liées au service | | ☐ Programme d'aide supplémentaire à la nutrition (SNAP) |
| ☐ Aide temporaire aux familles dans le besoin (TANF) | | ☐ WIC |
| ☐ Autre : _____ | ☐ Ne souhaite pas répondre | |

Autorisation pour prendre des photographies/faire des enregistrements vidéo et utiliser des œuvres originales

Compte tenu de la participation de votre enfant à un programme financé par le DYCD, veuillez noter que de temps en temps, le DYCD et la Ville de New York, ses prestataires sous contrat, ses agents autorisés, ses organisations tierces avec lesquelles ils collaborent, ou d'autres représentants du gouvernement (« les parties autorisées »), peuvent être présents lors des activités du programme et d'événements spéciaux en lien avec les services du programme, à la fois sur le lieu habituel du programme et lors des événements hors site. Dans certains cas, ils peuvent photographier, faire des vidéos, des interviews ou enregistrer d'une autre manière les participants à ces programmes, ainsi que leurs familles et amis. Les images, vidéos et interviews qui en résultent peuvent être utilisées, avec ou sans le nom des participants, via des supports papier ou électroniques, comme des brochures, des livres, des newsletters imprimées ou électroniques, des DVD, des vidéos, des sites Internet, des réseaux sociaux et des blogs (les « médias »).

Par la présente, j'autorise et je permets aux parties autorisées, sans compensation et autre approbation, à photographier et/ou à enregistrer mon image, mon nom, mon portrait, le son de ma voix, ainsi que ceux de mon enfant lors d'activités et d'événements spéciaux du programme financé par le DYCD, et j'autorise, par la présente, les images, vidéos et interviews qui en résultent à être utilisées, sans compensation et autre approbation par les parties autorisées uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les médias. ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si au cours de la participation aux activités et aux événements spéciaux du programme financé par le DCYD, une œuvre originale, comme un dessin, une musique, une chorégraphie, une poésie ou une prose (« œuvre originale »), est créée par moi ou mon enfant, j'autorise, par la présente, une telle œuvre originale à être utilisée par les parties autorisées, sans compensation et autre approbation, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les médias.

☒ **Oui** ☐ **Non**

Nom complet de l'élève : _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date: _____

Autorisation à faire des recommandations et à partager des informations

Le Département du développement de la jeunesse et des communautés (DYCD) et la Ville de New York investit dans des programmes et des services destinés à aider nos communautés et les personnes qui y vivent. Nous voulons nous assurer que vous les connaissez et faciliter l'inscription de votre enfant.

Pourquoi nous avons besoin de votre permission

Grâce à elle, nous pouvons :

- envoyer des informations sur les programmes et les services financés par le DCYC où votre enfant peut demander l'inscription, et
- *partager des informations de votre demande de participation au programme DYCD chaque fois que vous faites une demande.*

Ce que nous partageons

Nous ne partagerons des informations uniquement pour indiquer que vous pouvez prétendre au programme ou pour favoriser l'inscription dans des programmes financés par le DYCD.

Qui peut accéder à vos informations et comment nous les protégeons

Seul le personnel autorisé du DYCD et des programmes financés peut les voir. Nous ne les partageons pas avec d'autres personnes, sauf pour :

- décider si vous pouvez bénéficier des services,
- procéder à l'inscription dans des programmes et services, et
- suivre les résultats des services reçus.

Veillez lire ce qui suit, cochez l'une des cases et remplissez le reste.

Je comprends pourquoi le DYCD a besoin de ma permission pour :

- m'envoyer des informations sur les programmes et les services où je peux demander une inscription,
- me conseiller des programmes financés par le DYCD, et/ou
- partager des informations de ma demande de participation au programme DYCD avec les programmes où j'ai fait une demande.

☐ **Oui, je donne ma permission** ☐ **Non, je ne donne pas ma permission**

Nom complet de l'élève (majuscules) : _____

Signature de l'élève (ou du parent/tuteur/de la tutrice pour les participants de moins de 18 ans) : _____

Date : _____

