

استمارة التسجيل التكميلية لبرنامج Summer Rising صيف 2023



للاستخدام الداخلي فقط
مقدم الطلب: _____
السن: _____
الصف / السنة: _____
الدراسية: _____
ولي الأمر: _____

هذا النموذج مخصص للمشاركين الذين تم قبولهم في برنامج Summer Rising عبر بوابة التسجيل المركزية ويجب إكمالها لوضع اللمسات الأخيرة فيما يتعلق بالمشاركة.

لأغراض هذا الطلب، يشير مصطلح "مقدم الطلب" إلى الشخص متلقي الخدمات.

معلومات عن مقدم الطلب					
الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب:		تاريخ الميلاد:		السن:	
رقم OSIS (للطلاب المسجلين في المدارس الحكومية داخل مدينة نيويورك فقط):		الصف / السنة الدراسية:		الجنس:	
رقم هاتف مقدم الطلب (إن وجد):		البريد الإلكتروني لمقدم الطلب (إن وجد):		الضمان:	
ما هو مستوى المتقدم فيما يتعلق باللغة الإنجليزية؟ (اختر أحد الخيارات التالية)					
☐ أتحدث بطلاقة ☐ أتحدث جيداً ☐ لا أتحدث بشكل جيد ☐ لا أتحدث بشكل جيد على الإطلاق					
اللغات المستخدمة الأخرى		اللغة الأساسية			

المعلومات الصحية		
يرجى الإجابة على الأسئلة أدناه وتقديم تفاصيل إضافية في المساحة المخصصة لذلك.		
هل مقدم الطلب:		
يعاني من أي حساسية؟	يعاني من الربو؟	لديه احتياجات رعاية صحية خاصة؟
☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا	☐ نعم ☐ لا
لا يمكنه المشاركة في أنشطة ما؟		يتناول دواء لأي حالة صحية أو مرض؟
☐ نعم ☐ لا		☐ نعم ☐ لا
لديه أي معلومات أو ترتيبات صحية خاصة أخرى؟ (أخصائي التغذية، إلخ)		
إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما ورد أعلاه، فيرجى ذكر تفاصيل إضافية هنا. يرجى إرفاق صفحات إضافية إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للكتابة.		

الموافقة على العلاج الطبي		
طفلي مسجل كمشارك في برنامج ممول من إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD). في حالة حدوث حالة طبية طارئة، أُمِنَ بموجب ذلك الموافقة على إجراء العلاج الطبي الطارئ اللازم لطفلي، على أساس أنه سيتم إخطاري في أقرب وقت ممكن. أفهم أنه سيتم بذل كل جهد ممكن للتواصل معي، أو إذا لم أكن متاحاً حينها، يتم الاتصال بجهة (جهات) الاتصال في حالات الطوارئ المسجلة قبل وبعد تقديم الرعاية الطبية.		
☐ نعم، أُمِنَ الإذن ☐ لا، لا أُمِنَ الإذن		اسم الوالدة/ة أو الوصي/ة بأحرف واضحة:
توقيع الوالدة/ة أو الوصي/ة:		التاريخ:
هل يحظى مقدم الطلب بالتأمين الصحي؟ (اختر أحد الخيارات التالية)		إذا كانت الإجابة بـ "لا"، هل تريد أن يتم التواصل معك من قبل شخص آخر لديه معلومات حول التسجيل في خدمات التأمين الصحي؟
☐ نعم ☐ لا ☐ لا أفضل الإجابة		☐ نعم اتصل بي عبر: ☐ البريد الإلكتروني ☐ البريد الأمريكي ☐ الهاتف ☐ عبر مزود (خدمات) بريد ما
إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، ما هو نوع التأمين الصحي؟ (ضع إشارة أمام كل ما ينطبق تبعاً)		
☐ Medicaid ☐ برنامج قائم على التوظيف/العمل ☐ نظام التأمين العسكري	☐ Medicare ☐ خدمة الشراء المباشر ☐ لا أفضل الإجابة	☐ برنامج التأمين الصحي الخاص بالأطفال ☐ التأمين الصحي للأطفال في الولاية للكبار

استمارة التسجيل التكميلية لبرنامج Summer Rising صيف 2023

معلومات حول الأسرة داخل المنزل

بالنسبة للمجموعة التالية من الأسئلة، يتم تعريف الأسرة داخل المنزل على أنها أي فرد أو مجموعة من الأفراد (أفراد الأسرة أو خارج نطاق الأسرة) الذين يعيشون سوياً كوحدة اقتصادية واحدة. يُعرّف الدخل على أنه إجمالي الدخل السنوي إجمالاً لجميع أفراد الأسرة والأفراد خارج نطاق الأسرة الذين تزيد أعمارهم عن 18 عاماً والذين يعيشون داخل نطاق الأسرة.

يعيش المتقدم في منزل يعوله (اختر أحد الخيارات التالية):		نوع السكن لمقدم الطلب (اختر أحد الخيارات التالية):	
☐ والد وحيد - أنثى	☐ شخصان بالغان - لا وجود لأطفال	☐ ملك	☐ بلا مأوى
☐ والد وحيد - ذكر	☐ أسرة مكونة من شخصين بالغين	☐ إيجار	☐ مساكن دائمة أخرى
☐ والد وحيد - لا أطفال	☐ منزل متعدد الأجيال	☐ هيئة الإسكان في مدينة	☐ أخرى:
☐ أشخاص بالغين غير مرتبطين بوجود أطفال	☐ أخرى:	☐ ملجأ/مأوى	
حجم الأسرة لمقدم الطلب (اختر أحد الخيارات التالية):		إجمالي دخل الأسرة في آخر 12 شهراً (اختر أحد الخيارات التالية):	
☐ واحد	☐ اثنان	☐ 1 دولار - 12060 دولار	☐ 12060 دولار - 16240 دولار
☐ أربعة	☐ خمسة	☐ 20421 دولار - 24600 دولار	☐ 24601 دولار - 28780 دولار
☐ سبعة	☐ ثمانية	☐ 32961 دولار - 37140 دولار	☐ 37141 دولار - 41320 دولار
☐ عشرة	☐ إحدى عشر	☐ 50001 دولار - 60000 دولار	☐ 60001 دولار - 70000 دولار
☐ ثلاثة عشر	☐ أربعة عشر	☐ 80001 دولار - 90000 دولار	☐ أكثر من 100000 دولار
☐ ستة عشر	☐ سبعة عشر	☐ 90001 دولار - 100000 دولار	
☐ تسعة عشر	☐ عشرون أو أكثر		

مصادر الدخل التي تعول مقدم الطلب (اختر كل ما ينطبق):

☐ أجور مقابل العمل	☐ دعم في سياق قانون الرعاية الميسرة.	☐ النفقة الزوجية أو الدعم الزوجي	☐ دعم/إعالة الطفل
☐ قسيمة رعاية الطفل	☐ الائتمان الضريبي للدخل المكتسب (EITC)	☐ الائتمان الضريبي للبطالة	☐ المساعدة العامة
☐ قسيمة اختيار السكن	☐ الإسكان الداعم	☐ برنامج دعم الطاقة المنزلية لذوي	☐ المعاش
☐ الإسكان الداعم الدائم	☐ التأمين الخاص ضد العجز	☐ الإسكان العمومي	☐ برنامج الدعم الغذائي
☐ دخل التقاعد من	☐ التأمين ضد العجز في الضمان الاجتماعي	☐ دخل الضمان التكميلي (SSI)	☐ خدمات مقدمة للمحاربين القدامى - تعويض ضد العجز أثناء أداء الخدمة العسكرية
☐ الضمان الاجتماعي	☐ التأمين ضد البطالة	☐ معاش مقدم لذوي الإعاقة من المحاربين القدامى (خارج نطاق الخدمة العسكرية)	☐ لا أفضل الإجابة
☐ المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)	☐ تعويضات العمال		
☐ شبكة الضمان / الإغاثة المنزلية	☐ برنامج التغذية		

معلومات وتصاريح إضافية

المشارك:	☐ في الصف ، لديه الإذن بالمغادرة دون مرافق في نهاية اليوم	☐ يجب أن يتم أخذه/اصطحابه
☐ استقبال الحافلات الصفية (*فقط لأولئك المؤهلين لذلك)	الشباب الهارب ☐ نعم ☐ لا ☐ لا أفضل الإجابة	
جهات الاتصال في حالات الطوارئ لأشخاص آخرين مصرح لهم باصطحاب/أخذ الطفل ما لم يذكر خلاف ذلك:		
الاسم:	رقم الهاتف:	العلاقة:
يجب ألا يسمح للأشخاص التالية أسماؤهم بالتواصل مع طفلي: (يرجى الكتابة بوضوح)		
الاسم / العلاقة	الاسم / العلاقة	الاسم / العلاقة

الموافقة على التصوير الفوتوغرافي/الفيديو واستعمال الأعمال الأصلية

كمشارك مسجل في برنامج ممول من قبل إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD)، يرجى ملاحظة أنه من حين لآخر قد تكون إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) ومدينة نيويورك ومقدمي الخدمات الذين تعاقبوا معها ووكلاؤها المفوضين والمنظمات الشريكة وغيرهم من ممثلي الحكومة (المشار إليهم بالأطراف المفوضة) حاضرين خلال الأنشطة البرمجية والفعاليات المرتبطة بخدمات البرنامج؛ سواء في الموقع المعتاد للبرنامج أو في الأنشطة الموجودة خارج الموقع المخصص. في بعض الحالات، يمكنهم التقاط صور أو تسجيل مقاطع فيديو أو إجراء مقابلات أو تسجيل للمشاركين وعائلاتهم وأصدقائهم في هذه البرامج. قد تُستخدم الصور والفيديوهات المذكورة بذكر أو دون ذكر اسم المشارك، في وسائل الإعلام المطبوعة أو الإلكترونية مثل الكتيبات، الكتب، الرسائل الإخبارية الإلكترونية والمطبوعة، أقراص الفيديو المدمجة، الفيديوهات، المواقع الإلكترونية، وسائل التواصل الاجتماعي والمدونات (المشار إليهم إجمالاً بـ "وسائل الاعلام"). وبموجب ذلك، أفوض وأسمح للأطراف المصرح لها، دون تعويض ودون موافقات إضافية، بتصوير و/أو تسجيل صورتي وصورة طفلي، وصوتي وصوت طفلي خلال الأنشطة البرمجية والفعاليات المرتبطة بخدمات البرنامج الممول من قبل إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD)، وأوافق على استخدام الصور والفيديوهات والمقابلات الناتجة عن ذلك، دون مقابل ودون الحاجة للموافقة الإضافية مني، من قبل الأطراف المصرح لها فقط لأغراض غير ربحية وغير تجارية في جميع وسائل الإعلام.

☐ لا

☐ نعم

في حال المشاركة في الأنشطة والمناسبات الخاصة بالبرنامج الممول من قبل إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD)، فإن أي عمل أصلي كالأعمال الفنية / اللوحات أو الموسيقى أو الكوريغرافيا (فن تصميم الرقصات) أو الشعر أو النثر (يُشار إليها إجمالاً بـ "العمل الأصلي") تم بواسطتي أو بواسطة طفلي، أوافق بموجبه على أن يتم استخدام هذا العمل الأصلي دون مقابل ودون الحاجة للموافقة الإضافية مني، من قبل الأطراف المصرح لها، فقط لأغراض غير ربحية وغير تجارية في جميع وسائل الإعلام.

☐ لا

☐ نعم

الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب: _____

اسم الوالدة/ة أو الوصي/ة بأحرف واضحة: _____

التاريخ: _____

توقيع الوالدة/ة أو الوصي/ة: _____

الموافقة على تقديم ترشيحات وتقاسم وتبادل المعلومات

تستثمر إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) في مدينة نيويورك في برامج وخدمات لمساعدة مجتمعاتنا المحلية والأشخاص الذين يعيشون هنا. نريد التأكد من اطلاعكم عليها وتسهيل عملية التسجيل للاستفادة منها. لماذا نحتاج إلى موافقتكم:

لأن بموافقتكم يمكننا:

- أن نرسل لكم معلومات عن البرامج الممولة من إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD)
- بالإضافة إلى الخدمات التي يمكنكم التسجيل بها ومشاركة معلومات من استمارة التسجيل الخاصة بإدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) في كل مرة تسجلون فيها.
- **ما نشاركه:** نشارك فقط المعلومات التي تظهر أهليتك أو قد تساعدكم في التسجيل في برامج ممولة من إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD).
- **من يمكنه الاطلاع على معلوماتكم وكيف نحملها:** الأفراد العاملين في إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) المصرح لهم يمكنهم الاطلاع عليها. لا نشاركها مع الآخرين إلا:
- لتحديد أهليتك للخدمات
- لتسجيلكم في البرامج والخدمات
- ولتتبع نتائج الخدمات المقدمة إليكم
- **يرجى قراءة المعلومات أدناه، ضع علامة في أحد المربعات، وسجل المتبقي منها.**
- أتفهم لماذا تريد إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) موافقتي لكي:
- تشاركني بمعلومات حول برامج وخدمات يمكنني التسجيل بها،
- تحيلني إلى برامج ممولة من إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) للاستفادة منها و/أو
- لمشاركة معلومات من استمارة التسجيل الخاصة بإدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) في سياق البرامج التي أسجل بها

☐ لا، لا أمانح الإذن

☐ نعم، أمانح الإذن

الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب: _____

اسم الوالدة/ة أو الوصي/ة بأحرف واضحة: _____

التاريخ: _____

توقيع الوالدة/ة أو الوصي/ة: _____

استمارة التسجيل التكميلية لبرنامج Summer Rising صيف 2023

موافقة الوالدة أو الوصي/ة على جمع ونشر معلومات الطالب/ة

توفر إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) تمويل لهذا البرنامج كجزء من مهمتها لمساعدتكم في مساعدة أطفالكم لبلوغ إمكاناتهم الكاملة. تدار العديد من برامجنا من قبل منظمات مجتمعية. نعمل على أن تكون الخدمات المقدمة لكم ولأطفالكم عالية الجودة. تطلب إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) الإذن منكم لجمع المعلومات التي نحتاجها عن طفلك، مشاركتهم وجودة الخدمات المقدمة.

ما هي المعلومات التي تطلبها إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) من سجلات أطفالكم المدرسية؟

نطلب إذنكم لصالح الإدارة التعليمية في مدينة نيويورك لتشارك معلومات شخصية من سجلات أطفالكم المدرسية مع إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD). المعلومات التي نرغب في جمعها عبارة عن المعلومات الشخصية وبيانات التسجيل (يتضمن ذلك بالتحديد اسم طفلك، عنوانه، تاريخ ميلاده، رقم التعريف الخاص بالطالب، الصف الدراسي، المدرسة/المدراس التي حضرها ومعلومات النقل والفصل والتخرج الخاصة بطفلك)؛ بيانات حضور طفلك للمدرسة (بما في ذلك عدد الأيام التي حضرها والغيابات)؛ وبيانات الأداء المدرسي (بما في ذلك نتائج طفلك في الامتحانات الوطنية والاختبارات داخل الولاية، والساعات المعتمدة المكتسبة، والدرجات، وحالات الترقية والمتابعة، ونتائج fitnessgram)؛ والبيانات المتعلقة بأي إجراءات تأديبية اتخذت ضد طفلك (بما في ذلك عدد ونوع الإيقافات).

نطلب تجميع المعلومات المذكورة أعلاه عن طفلك في الماضي والحاضر والمستقبل (أي باستمرار).

نطلب أيضاً السماح لإدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) لنشر المعلومات التي نجمعها عن استمارة التسجيل منكم وأو طفلكم مع العاملين بالإدارة التعليمية في مدينة نيويورك. تتضمن المعلومات المذكورة معلومات التسجيل، الاهتمامات والتحديات التي يواجهها الطلاب، نوع البرنامج المسجل به، ومعدل المشاركة. تساعد هذه المعلومات المدرسة والمؤسسة المجتمعية على العمل لتلبية احتياجات طفلكم.

يرجى وضع علامة أمام نعم أو لا لكل من الجمل الآتية:

أتفهم السبب وراء طلب إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) للحصول على إذني للوصول إلى المعلومات المدرجة أعلاه من سجلات طفلي الدراسية، وأعطي الإذن بالإدارة التعليمية في مدينة نيويورك لمشاركة تلك المعلومات مع DYCD باستمرار.

☐ لا، لا أمانح الإذن

☐ نعم، أمانح الإذن

أتفهم السبب وراء طلب إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) للحصول على إذني لمشاركة المعلومات الخاصة بطفلي التي جمعتها DYCD مع موظفي الإدارة التعليمية في مدينة نيويورك، وأعطي الإذن لـ DYCD لمشاركة المعلومات مع الإدارة التعليمية في مدينة نيويورك باستمرار.

☐ لا، لا أمانح الإذن

☐ نعم، أمانح الإذن

الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب: _____

اسم الوالدة أو الوصي/ة بأحرف واضحة: _____

التاريخ: _____

توقيع الوالدة أو الوصي/ة: _____

الموافقة على المشاركة

جميع البيانات المسجلة صحيحة على حد علمي. أوافق على التحقق منها وأتفهم أن التزوير في تلك البيانات قد يكون سبباً لإنهاء الخدمة. يمكن استخدام المعلومات من قبل مدينة نيويورك لتحسين الخدمات المقدمة والوصول إلى تلك الخدمات، وللحصول على تمويل إضافي.

اسم الوالدة أو الوصي/ة بأحرف واضحة: _____ توقيع الوالدة أو الوصي/ة: _____ التاريخ: _____

رقم الهاتف الخاص بالوالدة أو الوصي/ة: _____ البريد الإلكتروني الخاص بالوالدة أو الوصي/ة: _____