

Summer Rising 추가 등록 양식  
2023년 여름

내부 전용
신청인: _____
연령: _____
학년: _____
부모: _____

이 양식은 중앙화된 등록 포털에서 Summer Rising 프로그램 등록이 승인된 참가자를 위한 양식이므로  
참가 마무리를 위해 반드시 작성해야 합니다.  
이 신청서 안에서 "신청인"은 서비스 수혜자를 말합니다.

신청인 정보			
신청인 성명:		출생일:	연령:
OSIS#(DOE 학생 전용):	학년:	성 정체성:	대명사:
신청인 전화번호 (해당하는 경우):	신청인 이메일 (해당하는 경우):		
신청인의 영어 수준 (한 개 선택)	주 언어	기타 사용 언어	
<input type="checkbox"/> 유창함 <input type="checkbox"/> 잘함 <input type="checkbox"/> 잘하지 못함 <input type="checkbox"/> 전혀 잘하지 못함			

건강 정보			
아래 나온 질문에 답하고 제공된 여백에 자세한 내용을 추가로 적어 주십시오.			
신청인 정보:			
알레르기가 있습니까?	천식이 있습니까?	특수 의료적 관리가 필요합니까?	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
참여할 수 없는 활동이 있습니까?	건강 상태 또는 질환 때문에 약물을 복용합니까?		
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
기타 건강 정보 또는 특별 배려 사항이 있습니까? (식단, 등)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
위에서 '예'가 있는 경우, 여기에 자세한 내용을 적어 주십시오. 공간이 더 필요한 경우 페이지를 추가해 주십시오.			

의료 동의			
본인의 자녀는 DYCD 후원 프로그램 참가자로 등록되었습니다. 본인은 응급 상황이 발생할 시 자녀가 필요한 응급처치를 받는 것에 동의하며, 본인은 최대한 빨리 연락을 받을 것을 이해합니다. 본인은 의료가 제공되기 전후에 담당자가 본인에게 연락하거나, 본인에게 연락이 안 될 경우 아래 비상 연락처로 연락하기 위해 최선을 다할 것임을 이해합니다.			
<input type="checkbox"/> 예, 허락합니다		<input type="checkbox"/> 아니요, 허락하지 않습니다	
부모/보호자 성명(정자 기재):	부모/보호자 서명:	날짜:	
신청인은 건강 보험이 있습니까? (한 개 선택)	없는 경우 건강 보험 신청 정보 담당자의 연락을 받기를 원하십니까?		
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 답변 거부	<input type="checkbox"/> 예, 다음 수단으로 연락해 주십시오. <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 국내 우편 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 제공회사를 통해		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 답변 거부
'예'인 경우 어떤 보험입니까? (해당 사항 모두 선택)			
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> 주 어린이 건강 보험 프로그램	
<input type="checkbox"/> 고용 기반	<input type="checkbox"/> 직접 구매	<input type="checkbox"/> 주 어린이 건강 보험 성인용	
<input type="checkbox"/> 군사 의료	<input type="checkbox"/> 답변 거부		

내부 전용  
신청인: \_\_\_\_\_  
연령: \_\_\_\_\_  
학년: \_\_\_\_\_  
부모: \_\_\_\_\_

**가정 정보**

다음 질문에서 가정은 한 경제 단위로 함께 거주하는 개인 또는 집단(가족 또는 비 가족 구성원)을 말합니다. 소득은 가정에 거주하는 18세 이상 모든 가족 및 비 가족 구성원의 연간 총소득을 말합니다.

<b>신청인이 거주하는 가정의 가장(한 개 선택):</b>			<b>신청인의 거주지 유형(한 개 선택):</b>		
<input type="checkbox"/> 한 부모 - 여성	<input type="checkbox"/> 성인 두 명 - 자녀 없음	<input type="checkbox"/> 자가	<input type="checkbox"/> 노숙		
<input type="checkbox"/> 한 부모 - 남성	<input type="checkbox"/> 성인 두 명 가정	<input type="checkbox"/> 임차	<input type="checkbox"/> 기타 영구 거주지		
<input type="checkbox"/> 한 부모 - 자녀 없음	<input type="checkbox"/> 대가족	<input type="checkbox"/> NYCHA	<input type="checkbox"/> 기타:		
<input type="checkbox"/> 서로 관계 없는 성인(자녀 포함)	<input type="checkbox"/> 기타:	<input type="checkbox"/> 보호소			
<b>신청인의 가족 구성원 수(한 개 선택):</b>			<b>지난 12개월 이내 가계 총소득(한 개 선택):</b>		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1~\$12,060	<input type="checkbox"/> \$12,061~\$16,240
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$16,241~\$20,420	<input type="checkbox"/> \$20,421~\$24,600	<input type="checkbox"/> \$24,601~\$28,780
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> \$28,781~\$32,960	<input type="checkbox"/> \$32,961~\$37,140	<input type="checkbox"/> \$37,141~\$41,320
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> \$41,321~\$50,000	<input type="checkbox"/> \$50,001~\$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001~\$70,000
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> \$70,001~\$80,000	<input type="checkbox"/> \$80,001~\$90,000	<input type="checkbox"/> \$100,000 이상
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> \$90,001~\$100,000	<input type="checkbox"/> 답변 거부	
<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20 이상				

**신청인 가계 소득 출처(해당 사항 모두 선택):**

<input type="checkbox"/> 고용 임금	<input type="checkbox"/> 건강보험개혁법 보조금	<input type="checkbox"/> 이혼 수당 또는 기타 배우자 부양비	<input type="checkbox"/> 자녀 양육비
<input type="checkbox"/> 보육 바우처	<input type="checkbox"/> 근로 소득 세액 공제(EITC)	<input type="checkbox"/> 실업자 세금 공제	<input type="checkbox"/> 일반 지원
<input type="checkbox"/> 주택 선택 바우처	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> LIEHEAP	<input type="checkbox"/> 연금
<input type="checkbox"/> 영구 지원 주택	<input type="checkbox"/> 사설 장애 보험	<input type="checkbox"/> 공영 주택	<input type="checkbox"/> 보조 영양 지원 프로그램(SNAP)
<input type="checkbox"/> 사회 보장 연금 소득	<input type="checkbox"/> 사회 보장 장애 보험(SSDI)	<input type="checkbox"/> 생활 보조금(SSI)	<input type="checkbox"/> 퇴역 군인 서비스 - 관련 장애 보상금
<input type="checkbox"/> 도움이 필요한 가족 임시 지원(TANF)	<input type="checkbox"/> 실업 보험	<input type="checkbox"/> 퇴역 군인 관련 장애 연금	<input type="checkbox"/> 답변 거부
<input type="checkbox"/> 최저 생활 보장제/집세 보조금	<input type="checkbox"/> 산재보상	<input type="checkbox"/> 기타:	
	<input type="checkbox"/> WIC		

**추가 정보 및 허락**

<b>참가자:</b>	<input type="checkbox"/> _학년이며 혼자 하교하도록 허락을 받았습니다	<input type="checkbox"/> 픽업해야 합니다
<input type="checkbox"/> 하계 통학 버스 이용(*적격자만 해당)	<b>가출 청소년</b>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 답변 거부
<b>다음과 같은 비상 연락처에 있는 사람이 자녀를 픽업하는 것을 허락합니다.</b>		
성명:	전화:	관계
<b>본인의 자녀와 접촉하면 안 되는 사람: (명확히 적어 주십시오)</b>		
성명 / 관계	성명 / 관계	성명 / 관계

내부 전용
신청인: _____
연령: _____
학년: _____
부모: _____

**사진/영상 촬영 및 원저작물 사용 동의**

DYCD 후원 프로그램에 등록된 참가자는 때에 따라 프로그램 활동 및 프로그램 서비스와 관련된 특별 행사(일반 프로그램 지역 및 외부 행사 둘 다) 진행 중 DYCD 및 뉴욕시, 그 계약 업체, 인가 기관, DYCD가 협력하는 제삼자 조직 또는 기타 정부(통합하여 "허가받은 당사자")가 참석할 수 있음을 알아두시길 바랍니다. 이들은 경우에 따라 프로그램에 온 참가자 및 그 가족, 친구의 사진을 찍거나, 녹화하거나, 인터뷰를 하여 기록할 수 있습니다. 찍은 사진, 영상, 인터뷰는 참가자의 이름을 넣거나 넣지 않은 상태로 브로슈어, 서적, 인쇄물, 이메일 뉴스레터, DVD, 영상, 웹사이트, 소셜 미디어 및 블로그(통합하여 "미디어")에 인쇄 및 전자 미디어 형태로 사용될 수 있습니다. 본인은 허가받은 당사자가 DYCD 후원 프로그램 활동 및 특별 행사 중 보상 및 추가 승인 없이 본인과 자녀의 사진, 이름, 초상화, 본인과 자녀의 음성을 기록하는 것을 허락합니다. 또한 본인은 허가받은 당사자만이 해당 사진, 영상, 인터뷰를 보상 및 추가 승인 없이 비영리, 비상업적 목적으로 미디어에 사용하는 것에 동의합니다.

예
  아니요

DYCD 후원 프로그램 활동 및 특별 행사에 참여하면서 본인 또는 자녀가 미술, 음악, 춤, 시, 산문 등(통합하여 "원저작물") 원저작물을 만들 경우, 본인은 허가받은 당사자만이 해당 원저작물을 보상 및 추가 승인 없이 비영리, 비상업적 목적으로 미디어에 사용하는 것에 동의합니다.

예
  아니요

신청인 성명: \_\_\_\_\_

부모/보호자 성명(정자 기재): \_\_\_\_\_

부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**추천 및 정보 공유 동의**

뉴욕시 청소년 및 공동체 개발청(New York City Department of Youth and Community Development, DYCD)은 공동체와 거주민을 돕는 프로그램 및 서비스에 투자합니다. 저희는 해당 프로그램 및 서비스를 자세히 알리고 귀하가 신청하기 쉽게 만들고자 합니다. 귀하의 허락이 필요한 이유:

**귀하의 허락으로 가능한 일:**

- 신청 가능한 DYCD 후원 프로그램 및 서비스에 관한 정보 귀하에게 전달
- 귀하가 신청할 때마다 DYCD 참가 신청서 정보 공유

**저희가 공유하는 정보:** 귀하가 DYCD 후원 프로그램 신청 자격이 있는지 보여주거나 프로그램 등록을 돕기 위한 정보만을 공유할 것입니다.

**귀하의 정보를 보는 사람 및 정보 보호 방법**      **아래 내용을 읽고 상자에 표시한 후 나머지를 작성해 주십시오.**

허가받은 DYCD 및 후원 프로그램 직원만 볼 수 있습니다.      본인은 DYCD에서 다음과 같은 경우를 위해 본인의 동의가 필요함을 이해합니다.

다음과 같은 경우에만 정보를 공유합니다.      • 신청 가능한 DYCD 후원 프로그램 및 서비스에 관한 정보를 본인에게 전달할 때

- 귀하가 서비스를 받기 적합한지 결정할 때
- 귀하를 프로그램 및 서비스에 등록할 때
- 귀하가 받는 서비스 결과를 추적할 때

• 본인을 DYCD 후원 프로그램에 추천할 때 및/또는  
본인이 신청하는 프로그램과 DYCD 참가 신청서의 정보를 공유할 때

예, 허락합니다
  아니요, 허락하지 않습니다

신청인 성명: \_\_\_\_\_

부모/보호자 성명(정자 기재): \_\_\_\_\_

부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

내부 전용

신청인: \_\_\_\_\_  
연령: \_\_\_\_\_  
학년: \_\_\_\_\_  
부모: \_\_\_\_\_

**학생 정보 수집 및 공유를 위한 부모/보호자 동의**

청소년 및 공동체 개발청(DYCD)은 귀하의 자녀가 잠재력을 마음껏 펼칠 수 있게 귀하를 돕겠다는 사명을 가지고 이 프로그램을 후원합니다. 그 중 많은 프로그램을 공동체 기반 조직에서 운영합니다. 저희는 귀하와 귀하의 자녀가 최상의 서비스를 받을 수 있게 노력합니다. DYCD는 귀하의 자녀, 자녀의 참가, 제공 서비스 품질에 관해 저희가 필요한 정보를 수집할 수 있게 허락해주실 것을 요청합니다.

**DYCD가 요청하는 자녀의 학생 기록 정보는?**

저희는 뉴욕시 교육청(NYC Department of Education, DOE)이 귀하 자녀의 학생 기록에 나온 개인 식별 정보를 DYCD와 공유하도록 허락해주실 것을 요청합니다. 저희가 수집하고자 하는 정보는 신상 및 등록 정보(구체적으로 자녀의 성명, 주소, 출생일, 학생 신분 번호, 학년, 출석 학교 및 전학, 퇴학, 졸업 정보), 자녀의 출석 관련 정보(출석 및 결석일수 포함), 성적 정보(자녀의 주 및 전국 시험 성적, 학점, 등급, 진급 및 유급 상태, 체력 검사 점수 포함), 자녀에게 내려진 징계 처분 관련 정보(횟수 및 정학 유형 포함)입니다.

**과거, 현재 및 미래(즉, 진행)의 귀하 자녀 정보를 위에 나열된 것과 같이 수집할 수 있게 요청합니다.**

또한, DYCD가 귀하 및/또는 귀하 자녀의 등록 양식에서 저희가 수집한 정보를 DOE 직원에게 공유하는 것을 허락해주시길 요청합니다. 해당 정보는 등록 정보, 학생의 관심사 및 도전 과제, 등록 프로그램 유형, 참가 빈도를 포함합니다. 이 정보는 귀하 및 귀하의 자녀가 필요한 사항을 충족시키기 위해 학교 및 공동체 조직이 협력하도록 돕는 데 사용될 것입니다.

**다음 질문에 각각 '예' 또는 '아니요'를 표시해 주십시오.**

본인은 왜 DYCD가 자녀의 학생 기록 중 위와 같은 정보에 접근할 권한을 요청하는지 이해하며, DOE가 DYCD에 지속적으로 해당 정보를 공유할 수 있게 허락합니다.

예, 허락합니다

아니요, 허락하지 않습니다

본인은 왜 DYCD가 수집한 본인 자녀의 정보를 DOE 직원에게 공유할 권한을 요청하는지 이해하며, DYCD가 DOE에 지속적으로 해당 정보를 공유할 수 있게 허락합니다.

예, 허락합니다

아니요, 허락하지 않습니다

신청인 성명: \_\_\_\_\_  
 부모/보호자 성명(정자 기재): \_\_\_\_\_  
 부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**참가 동의**

본인이 알고 있는 한 입력된 정보는 사실입니다. 본인은 정보 확인에 동의하며, 거짓 정보를 제공하면 서비스 종료 근거가 될 수 있음을 이해합니다. 정보는 뉴욕시가 시 서비스를 개선하고, 해당 서비스에 접근하고, 추가 지원금을 이용하기 위해 사용할 수 있습니다.

부모/보호자 성명(정자 기재): \_\_\_\_\_ 부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
 부모/보호자 전화번호: \_\_\_\_\_ 부모/보호자 이메일: \_\_\_\_\_