

Formulario de inscripción complementaria de Summer Rising Verano 2023

SOLO PARA USO INTERNO
Candidato: _____
Edad: _____
Grado: _____
Padre/Madre: _____

Este formulario es para los participantes que fueron aceptados en el programa Summer Rising a través del portal de inscripción centralizado y debe completarse para finalizar la participación.

En esta solicitud, el término "candidato" se refiere a la persona que recibe los servicios.

Información del candidato					
Nombre completo del candidato:		Fecha de nacimiento:		Edad:	
N.º de OSIS (solo para alumnos del DOE):		Grado:	Identidad de género:	Pronombres:	
Tel. del candidato (si corresponde):		Correo electrónico del candidato (si corresponde):			
¿Qué nivel de inglés tiene el candidato? (Elija uno)			Idioma principal	Otros idiomas que hable	
<input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> No muy bueno <input type="checkbox"/> Ninguno					

Información de salud		
<i>Responda las preguntas siguientes y facilite detalles adicionales en el espacio previsto para ello.</i>		
Preguntas sobre el candidato		
¿Tiene alergias?	¿Tiene asma?	¿Tiene necesidades de salud especiales?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay actividades en las que no pueda participar?	¿Toma medicamentos para alguna afección o enfermedad?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna otra información de salud o adaptaciones que debamos conocer? (De alimentación, etc.)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió "Sí" en alguna, brinde aquí información adicional. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.		

Consentimiento para tratamiento médico			
<i>Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por el DYCD. En caso de una emergencia médica, doy mi consentimiento para que se le dé el tratamiento médico de emergencia necesario, con el entendimiento de que se me notificará lo antes posible. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo, o, si no estoy disponible, con el contacto de emergencia indicado antes, y después de que se proporcione la atención médica.</i>			
<input type="checkbox"/> Sí lo autorizo.		<input type="checkbox"/> No lo autorizo.	
Nombre de padre/madre/tutor:		Firma de padre/madre/tutor:	Fecha:
¿El candidato tiene seguro médico? (Marque uno)	Si no tiene, ¿desea que otra persona se ponga en contacto con usted para informarle sobre la afiliación a un seguro médico?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quiero responder	<input type="checkbox"/> Sí, por este medio: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Servicio postal de EE. UU. <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Proveedor		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quiero responder
Si tiene, ¿qué tipo de seguro médico es? (Marque todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Programa estatal de cobertura médica infantil	
<input type="checkbox"/> Cobertura médica laboral	<input type="checkbox"/> Adquisición directa	<input type="checkbox"/> Cobertura médica infantil estatal para adultos	
<input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria militar	<input type="checkbox"/> No quiero responder		

Formulario de inscripción complementaria de Summer Rising Verano 2023

SOLO PARA USO INTERNO
Candidato: _____
Edad: _____
Grado: _____
Padre/Madre: _____

Información del grupo familiar

*Para 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 que conforman el grupo familiar.*

El candidato es parte de un grupo familiar encabezado por (marque uno):	Tipo de vivienda del candidato (marque uno):
<input type="checkbox"/> Monoparental: mujer <input type="checkbox"/> Monoparental: hombre <input type="checkbox"/> Monoparental: sin niños <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños <input type="checkbox"/> Dos adultos: sin niños <input type="checkbox"/> Grupo familiar de dos adultos <input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Autoridad de la Vivienda de la ciudad de Nueva York (NYCHA) <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin vivienda <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otra:

Cant. de personas del grupo familiar del candidato (marque uno):	Ingresos totales del grupo familiar en los últimos 12 meses (marque uno):
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Diez <input type="checkbox"/> Trece <input type="checkbox"/> Dieciséis <input type="checkbox"/> Diecinueve <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Ocho <input type="checkbox"/> Once <input type="checkbox"/> Catorce <input type="checkbox"/> Diecisiete <input type="checkbox"/> Veinte o más <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Nueve <input type="checkbox"/> Doce <input type="checkbox"/> Quince <input type="checkbox"/> Dieciocho	<input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$16,241-\$20,420 <input type="checkbox"/> \$28,781-\$32,960 <input type="checkbox"/> \$41,321-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000 <input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000 <input type="checkbox"/> \$1-\$12,060 <input type="checkbox"/> \$20,421-\$24,600 <input type="checkbox"/> \$32,961-\$37,140 <input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000 <input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000 <input type="checkbox"/> \$12,061-\$16,240 <input type="checkbox"/> \$24,601-\$28,780 <input type="checkbox"/> \$37,141-\$41,320 <input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000 <input type="checkbox"/> No quiero responder

Fuentes de ingresos del grupo familiar del candidato (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Salarios laborales <input type="checkbox"/> Vales de asistencia financiera de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Cupones de elección de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación del Seguro Social <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) <input type="checkbox"/> Red de Seguridad/Ayuda a domicilio <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC) <input type="checkbox"/> Programa de Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD-VASH) <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Seguro por desempleo <input type="checkbox"/> Indemnización laboral <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención del cónyuge	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por desempleo <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Pensión para Veteranos por Discapacidades no Relacionadas al Servicio <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Asistencia general <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) <input type="checkbox"/> Compensación para Veteranos por Discapacidades Relacionadas al Servicio <input type="checkbox"/> No quiero responder
---	--	--	---

Información adicional y autorizaciones

El participante: está en grado, tiene permiso para salir solo/a al final del día debe esperar a que lo busquen

Recibe el servicio de autobús en verano (*solo los que reúnen los requisitos) **Jóvenes fugitivos** Sí No No quiero responder

Contactos de emergencia de las personas adicionales autorizadas a recoger al niño, a menos que se indique lo contrario:

Nombre	Teléfono	Relación

Las siguientes personas no deben tener contacto con mi hijo/a: (Escriba con claridad)

Nombre/ Relación	Nombre/ Relación	Nombre/ Relación

Formulario de inscripción complementaria de Summer Rising Verano 2023

SOLO PARA USO INTERNO
Candidato: _____
Edad: _____
Grado: _____
Padre/Madre: _____

Consentimiento para tomar fotografías, grabar videos y utilizar el trabajo original

Como participante inscrito en un programa financiado por el DYCD, tenga en cuenta que, de vez en cuando, el DYCD y la ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones de terceros con las que colabora, u otro gobierno, representantes (en conjunto, "Partes autorizadas") pueden estar presentes durante las actividades del programa y eventos especiales asociados con los servicios del programa, tanto en el lugar donde se lleva a cabo el programa habitual como en eventos fuera de las instalaciones. En algunos casos, pueden fotografiar, grabar videos, entrevistar o grabar de cualquier otro modo a los participantes y a sus familiares 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 impresos y por correo electrónico (en conjunto, "Medio de comunicación"). Autorizo y permito a las Partes autorizadas, sin compensación y sin aprobación adicional, a fotografiar o grabar mi imagen, nombre, aspecto y el sonido de mi voz, así como los de mi hijo, durante las actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales, y autorizo el uso, por parte de las Partes autorizadas, de las imágenes, los videos y las entrevistas resultantes, sin compensación y sin aprobación adicional, únicamente para fines no lucrativos y no comerciales en cualquier Medio de comunicación.

Sí
 No

Si, en el transcurso de la participación en las actividades y los eventos especiales del programa financiado por el DYCD, yo o mi hijo creamos cualquier trabajo original como arte, música, coreografía, poesía o prosa (en conjunto, "Trabajo original"), autorizo a que dicho Trabajo original sea utilizado por las Partes autorizadas, sin compensación y sin aprobación adicional, únicamente para fines no comerciales y sin fines de lucro, en cualquier Medio de comunicación.

Sí
 No

Nombre completo del candidato: _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

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 autorización:

Con ella, podemos hacer lo siguiente:

- Enviarle información sobre los programas y servicios financiados por el DYCD a los que puede postularse.
- Compartir información de su solicitud de participación en el DYCD cada vez que se postule.

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 el personal autorizado del DYCD y de los programas financiados puede verla. No la compartimos con otros, excepto para lo siguiente:

- Decidir si reúne los requisitos para recibir servicios
- Inscribirlo en programas y servicios
- Hacer un seguimiento de los resultados de los servicios que recibe

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

Entiendo por qué el DYCD necesita mi consentimiento para lo siguiente:

- Enviarme información sobre programas y servicios en los que puedo inscribirme
- Derivarme a programas financiados por el DYCD

Compartir información de mi solicitud de participación en el DYCD con los programas a los que me postulo.

Sí lo autorizo.
 No lo autorizo.

Nombre completo del candidato: _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____



Formulario de inscripción complementaria de Summer Rising Verano 2023

SOLO PARA USO INTERNO	
Candidato:	_____
Edad:	_____
Grado:	_____
Padre/Madre:	_____

Consentimiento de padres/madres/tutores para recopilar y compartir información sobre el alumno

El Departamento de Desarrollo de la Juventud y la Comunidad de Nueva York (DYCD) proporciona fondos para este programa como parte de su misión de ayudarlo a asistir a su hijo para que alcance su máximo potencial. Muchos de nuestros programas están a cargo de organizaciones comunitarias. Trabajamos para asegurarnos de que los servicios que usted y sus hijos reciben sean de primera calidad. El DYCD solicita su autorización para permitirnos recopilar la información que necesitamos sobre su hijo, su participación y la calidad de los servicios prestados.

¿Qué información del expediente académico de su hijo solicita el DYCD?
Solicitamos su autorización para que el Departamento de Educación de la ciudad de Nueva York (DOE) comparta con el DYCD la información de identificación personal de los expedientes académicos de su hijo. La información que pretendemos recopilar consiste en datos biográficos y de matriculación (concretamente, el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento, el número de identificación de alumno, el grado, las escuelas a las que asiste su hijo y los datos de traslado, baja y graduación de su hijo); datos relativos a la asistencia de su hijo a la escuela (incluido el número de días que asiste y las ausencias) y datos sobre el rendimiento académico (incluidos los resultados de su hijo en los exámenes estatales y nacionales, los créditos obtenidos, las calificaciones, el estado de promoción y retención, y la puntuación del FitnessGram); y datos relacionados con cualquier medida disciplinaria adoptada sobre su hijo (incluido el número y el tipo de suspensiones).

Solicitamos recopilar la información mencionada anteriormente sobre su hijo en el pasado, el presente y el futuro (es decir, en forma continua). También solicitamos su autorización para que el DYCD comparta con el personal del DOE la información que recopilemos de usted o de su hijo en el formulario de inscripción. La información incluye los datos de inscripción, los intereses y dificultades del alumno, el tipo de programa en el que está inscrito y la frecuencia de participación. Esta información se utilizará para ayudar a la escuela y a la organización comunitaria a colaborar para satisfacer sus necesidades y las de su hijo.

Marque Sí o No a cada una de las siguientes afirmaciones:

Entiendo por qué el DYCD me pide autorización para acceder a la información mencionada anteriormente de los expedientes académicos de mi hijo y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de manera continua.
 Sí lo autorizo. No lo autorizo.

Entiendo por qué el DYCD me pide autorización para compartir información sobre mi hijo recopilada por el DYCD con el personal del DOE y autorizo al DYCD a compartir información con el DOE de manera continua.
 Sí lo autorizo. No lo autorizo.

Nombre completo del candidato: _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Consentimiento para participar

A mi entender, la información que he aportado es verdadera. Acepto que se verifique y entiendo que la falsificación puede ser motivo de cancelación del servicio. La ciudad de Nueva York podrá utilizar la información para mejorar los servicios municipales y el acceso a esos servicios, así como para acceder a financiación adicional.

Nombre de padre/madre/tutor: _____ Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono de padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico de padre/madre/tutor: _____