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

سماربل لمكل لجل ةنام جSummer Rising

Department of Youth & Community Development

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:**	**الضمائر:**
رقم هاتف مقدم الطلب (إن وجد):		**البريد الإلكتروني لمقدم الطلب** (إن وجد):			

ما هو مستوى المتقدم فيما يتعلق بالتحدث باللغة الإنجليزية؟ (اختر أحد الخيارات التالية)	**اللغة الأساسية**	**اللغات المستخدمة الأخرى**
☐ أتحدث بطلاقة ☐ أتحدث جيداً ☐ لا أتحدث بشكل جيد ☐ لا أتحدث بشكل جيد على الإطلاق		

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) ☐ نعم ☐ لا

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، أمنح بموجب ذلك الموافقة على إجراء العلاج الطبي الطارئ اللازم لطفلي، على أساس أنه سيتم إخطاري في أقرب وقت ممكن. أتفهم 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، أمنح الإذن ☐ لا، لا أمنح الإذن

اسم الوالد/ة أو الوصي/ة بأحرف واضحة:		**توقيع الوالد/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	☐ لا ☐ لا أفضل الإجابة

إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، ما هو نوع التأمين الصحي؟ (ضع إشارة أمام كل ما ينطبق تباعاً)

☐ Medicaid	☐ Medicare	☐ برنامج التأمين الصحي الخاص بالأطفال
☐ برنامج قائم على التوظيف/العمل	☐ خدمة الشراء المباشر	☐ التأمين الصحي للأطفال في الولاية للكبار
☐ نظام التأمين العسكري	☐ لا أفضل الإجابة	

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

سماربل لمكل لجل ةنام جSummer Rising

Department of Youth & Community Development

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. يُعرَّف 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):

- ☐ والد وحيد - أنثى
- ☐ والد وحيد - ذكر
- ☐ والد وحيد - لا أطفال
- ☐ أشخاص بالغين غير مرتبطين بوجود أطفال
- ☐ شخصان بالغان - لا وجود لأطفال
- ☐ أسرة مكونة من شخصين بالغين
- ☐ منزل متعدد الأجيال
- ☐ أخرى:

نوع السكن لمقدم الطلب (اختر أحد الخيارات التالية):

- ☐ ملك
- ☐ إيجار
- ☐ هيئة الإسكان في مدينة
- ☐ ملجأ/مأوى
- ☐ بلا مأوى
- ☐ مساكن دائمة أخرى
- ☐ أخرى:

حجم الأسرة لمقدم الطلب (اختر أحد الخيارات التالية):

- ☐ واحد
- ☐ اثنان
- ☐ ثلاثة
- ☐ أربعة
- ☐ خمسة
- ☐ ستة
- ☐ سبعة
- ☐ ثمانية
- ☐ تسعة
- ☐ عشرة
- ☐ إحدى عشر
- ☐ إثنا عشر
- ☐ ثلاثة عشر
- ☐ أربعة عشر
- ☐ خمسة عشر
- ☐ ستة عشر
- ☐ سبعة عشر
- ☐ ثمانية عشر
- ☐ تسعة عشر
- ☐ عشرون أو أكثر

إجمالي دخل الأسرة في آخر 12 شهراً (اختر أحد الخيارات التالية):

- ☐ صفر دولار
- ☐ 1 دولار - 12060 دولار
- ☐ 12060 دولار - 16240 دولار
- ☐ 16241 دولار - 20420 دولار
- ☐ 20421 دولار - 24600 دولار
- ☐ 24601 دولار - 28780 دولار
- ☐ 28781 دولار - 32960 دولار
- ☐ 32961 دولار - 37140 دولار
- ☐ 37141 دولار - 41320 دولار
- ☐ 41321 دولار - 50000 دولار
- ☐ 50001 دولار - 60000 دولار
- ☐ 60001 دولار - 70000 دولار
- ☐ 70001 دولار - 80000 دولار
- ☐ 80001 دولار - 90000 دولار
- ☐ أكثر من 100000 دولار
- ☐ 90001 دولار - 100000 دولار
- ☐ لا أفضل الإجابة

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

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

معلومات وتصاريح إضافية

المشارك: ☐ في الصف ، لديه الإذن بالمغادرة دون مرافق في نهاية اليوم ☐ يجب أن يتم أخذه/اصطحابه

☐ استقبال الحافلات الصيفية (*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

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

سماربل لمكل لمجل ةنام جSummer Rising

Department of Youth & Community Development

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 تعاقدوا معها ووكلاؤها المفوضين والمنظمات الشريكة وغيرهم من ممثلي الحكومة (المشار إليهم بالأطراف المفوضة) حاضرين خلال الأنشطة البرامجية 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 الالكترونية والمطبوعة، أقراص الفيديو المدمجة، الفيديوهات، المواقع الالكترونية، 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 البرامجية والفعاليات المرتبطة بخدمات البرنامج المموّل 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.

☐ نعم ☐ لا

في حال المشاركة في الأنشطة والمناسبات الخاصة بالبرنامج المموّل 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.

☐ نعم ☐ لا

الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب: _____

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

توقيع الوالد/ة أو الوصي/ة: التاريخ:

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 أهليتكم أو قد تساعدكم في التسجيل في برامج ممولة من إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD).

من يمكنه الاطلاع على معلوماتكم وكيف نحميها:

الأفراد العاملين في إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (DYCD) المصرح لهم يمكنهم الاطلاع عليها. لا نشاركها مع الآخرين إلا:

- لتحديد أهليتكم 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

☐ نعم، أمنح الإذن ☐ لا، لا أمنح الإذن

الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب: _____

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

توقيع الوالد/ة أو الوصي/ة: التاريخ:

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

سماربل لمكل لجل ةنام جSummer Rising

Department of Youth & Community Development

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

توفر إدارة الشباب والتنمية المجتمعية (*DYCD*) تمويل لهذا البرنامج كجزء من مهمتها لمساعدتكم في مساعدة اطفالكم لبلوغ امكاناتهم 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/المدارس التي حضرها ومعلومات النقل والفصل والتخرج الخاصة طفلك)؛ 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 و/أو 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.

☐ نعم، أمنح الإذن ☐ لا، لا أمنح 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.

☐ نعم، أمنح الإذن ☐ لا، لا أمنح الإذن

الاسم الكامل لمقدم/ة الطلب: _____

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

توقيع الوالد/ة أو الوصي/ة: التاريخ:

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 الوالد/ة أو الوصي/ة بأحرف واضحة: _____ **توقيع الوالد/ة أو الوصي/ة:** _____ **التاريخ:** _____

رقم الهاتف الخاص بالوالد/ة أو الوصي/ة: _____ **البريد الإلكتروني الخاص بالوالد/ة أو الوصي/ة:** _____