

## Formulaire d'inscription supplémentaire Summer Rising

USAGE INTERNE SEULEMENT

Candidat : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Parent : \_\_\_\_\_

Ce formulaire est destiné aux participants qui ont été acceptés dans le programme Summer Rising via le portail d'inscription centralisé et **doit être rempli pour finaliser la participation.**

Aux fins de la présente demande, « candidat » désigne la personne qui reçoit les services.

Informations sur le candidat					
Nom complet du candidat :		Date de naissance :		Âge :	
OSIS # (étudiants du DOE uniquement) :		Classe :	Identité sexuelle :	Pronoms :	
Numéro de téléphone du candidat (le cas échéant) :		Courriel du candidat (le cas échéant) :			
Dans quelle mesure le candidat parle-t-il anglais ? (Sélectionnez-en un)			Langue Primaire	Autres langues parlées	
<input type="checkbox"/> Courant <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pas bien <input type="checkbox"/> Pas bien du tout					

Information sur la santé		
<i>Veillez répondre aux questions ci-dessous et fournir des détails supplémentaires dans l'espace prévu.</i>		
<b>Le candidat :</b>		
Avez-vous des allergies ?	Avez-vous de l'asthme ?	Avez-vous des besoins particuliers en matière de soins de santé ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des activités auxquelles ils ne peuvent pas participer ?	Prenez-vous des médicaments pour une condition ou une maladie ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous d'autres informations sur la santé ou un hébergement ? (Diététique, etc.)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous répondez oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des détails supplémentaires ici. Veuillez joindre des pages supplémentaires si vous avez besoin de plus d'espace.		

Consentement au Traitement Médical		
<i>Mon enfant est inscrit en tant que participant à un programme financé par DYCD. En cas d'urgence médicale, je donne par la présente mon consentement à l'obtention des soins médicaux d'urgence nécessaires pour mon enfant, étant entendu que je serai informé dès que possible. Je comprends que tous les efforts seront déployés pour me contacter ou, si je ne suis pas disponible, les contacts d'urgence indiqués ci-dessus et après la prise en charge médicale.</i>		
<input type="checkbox"/> Oui, j'autorise		<input type="checkbox"/> Non, je n'autorise pas
Impression parent/tuteur	Signature du parent/tuteur :	Date:
Le candidat a-t-il une assurance maladie ? (Sélectionnez-en un)	Si non, voulez-vous être contacté par quelqu'un d'autre ayant des informations sur la souscription à l'assurance maladie ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> sur la souscription à l'assurance maladie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier des États-Unis <input type="checkbox"/> Refuser de répondre <input type="checkbox"/> Refuser de répondre <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Via le fournisseur	
<b>Si oui, quel type d'assurance maladie ?</b> (Cochez tout ce qui s'applique)		
<input type="checkbox"/> Aide médicale	<input type="checkbox"/> Assurance-maladie	<input type="checkbox"/> Programme d'assurance-maladie des enfants de l'État
<input type="checkbox"/> Basé sur l'emploi	<input type="checkbox"/> Achat direct	<input type="checkbox"/> Assurance maladie nationale pour enfants pour adultes
<input type="checkbox"/> Soins de santé militaires	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre	

### Renseignements sur le ménage

*Pour la prochaine série de questions, **Ménage** est défini comme tout individu ou groupe d'individus (membres de la famille ou non) qui vivent ensemble comme une seule unité économique. **Le revenu** est défini comme le revenu brut annuel total de tous les membres de la famille et hors famille âgés de 18 ans et plus vivant au sein du ménage.*

<b>Le candidat vit dans un ménage dont le chef est</b> (sélectionnez une réponse) :			<b>Type de logement du candidat</b> (sélectionnez un) :		
<input type="checkbox"/> Parent unique - Femme	<input type="checkbox"/> Deux Adultes – Pas d'enfants	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Sans Abri		
<input type="checkbox"/> Parent unique – Homme	<input type="checkbox"/> Ménage de deux adultes	<input type="checkbox"/> Loyer	<input type="checkbox"/> Autre logement permanent		
<input type="checkbox"/> Parent unique – sans enfants	<input type="checkbox"/> Maison multigénérationnelle	<input type="checkbox"/> NYCHA	<input type="checkbox"/> Autres:		
<input type="checkbox"/> Adultes sans lien de parenté avec enfants	<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Abri	<input type="checkbox"/> Autres:		
<b>Taille du ménage du candidat</b> (sélectionnez un) :			<b>Revenu total du ménage au cours des 12 derniers mois</b> (sélectionnez un) :		
<input type="checkbox"/> Un	<input type="checkbox"/> Deux	<input type="checkbox"/> Trois	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1-\$12,060	<input type="checkbox"/> \$12,061-\$16,240
<input type="checkbox"/> Quatre	<input type="checkbox"/> Cinq	<input type="checkbox"/> Six	<input type="checkbox"/> \$16,241-\$20,420	<input type="checkbox"/> \$20,421-\$24,600	<input type="checkbox"/> \$24,601-\$28,780
<input type="checkbox"/> Sept	<input type="checkbox"/> Huit	<input type="checkbox"/> Neuf	<input type="checkbox"/> \$28,781-\$32,960	<input type="checkbox"/> \$32,961-\$37,140	<input type="checkbox"/> \$37,141-\$41,320
<input type="checkbox"/> Dix	<input type="checkbox"/> Onze	<input type="checkbox"/> Douze	<input type="checkbox"/> \$41,321-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000
<input type="checkbox"/> Treize	<input type="checkbox"/> Quatorze	<input type="checkbox"/> Quinze	<input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000	<input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000	<input type="checkbox"/> \$100,000+
<input type="checkbox"/> Seize	<input type="checkbox"/> Dix-Sept	<input type="checkbox"/> Dix-Huit	<input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre	
<input type="checkbox"/> Dix-Neuf	<input type="checkbox"/> Vingt ou plus				

### Sources de revenu du ménage du candidat (sélectionnez tout ce qui s'applique) :

<input type="checkbox"/> Salaires d'emploi	<input type="checkbox"/> Subvention de la Loi sur les soins abordables	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire ou autre soutien au conjoint	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfants
<input type="checkbox"/> Bon pour la garde d'enfants	<input type="checkbox"/> Crédit d'impôt sur les revenus du travail (CIRT)	<input type="checkbox"/> Crédit d'impôt pour le chômage	<input type="checkbox"/> Assistance générale
<input type="checkbox"/> Bon Choix de Logement	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> LIEHEAP	<input type="checkbox"/> Pension
<input type="checkbox"/> Logement supervisé permanent	<input type="checkbox"/> Assurance invalidité privée	<input type="checkbox"/> Logement social	<input type="checkbox"/> Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (PANS)
<input type="checkbox"/> Revenu de retraite provenant de	<input type="checkbox"/> Invalidité de la sécurité sociale (SDI)	<input type="checkbox"/> Sécurité supplémentaire Revenu (SSI)	<input type="checkbox"/> VA Service - Compensation d'invalidité connectée
<input type="checkbox"/> Revenu de retraite provenant de	<input type="checkbox"/> Assurance chômage	<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité liée au non-service VA	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre
<input type="checkbox"/> Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)	<input type="checkbox"/> L'indemnisation des travailleurs	<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Filet de sécurité/aide à domicile	<input type="checkbox"/> WIC		

### Informations supplémentaires et autorisations

<b>Participant :</b>	<input type="checkbox"/> est en _____ année, à la permission de se licencier à la fin de la journée	<input type="checkbox"/> Doit être ramassé
<input type="checkbox"/> recevant le bus d'été (*seulement ceux éligibles)	<b>Jeunes fugueurs</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
<b>Contacts d'urgence des personnes supplémentaires autorisées à venir chercher l'enfant, sauf indication contraire :</b>		
Nom :	Téléphone :	Relation amoureuse
<b>Les personnes suivantes ne doivent pas avoir de contact avec mon enfant :</b> (Veuillez écrire clairement)		
Nom / Relation amoureuse	Nom / Relation amoureuse	Nom / Relation amoureuse

**Consentement pour la photographie/l'enregistrement vidéo et l'utilisation de l'œuvre originale**

*En tant que participant inscrit à un programme financé par DYCD, sachez que de temps à autre, DYCD et la ville de New York, ses fournisseurs sous contrat, ses agents autorisés, des organisations tierces avec lesquelles il collabore, ou d'autres représentants gouvernementaux (collectivement, « Parties autorisées ») peuvent être présentes lors des activités du programme et des événements spéciaux associés aux services du programme, à la fois à l'emplacement habituel du programme et lors d'événements hors site. Dans certains cas, ils peuvent photographier, enregistrer sur vidéo, interviewer ou autrement enregistrer les participants et leurs familles et amis dans ces programmes. Les images, vidéos et entretiens qui en résultent peuvent être utilisés, avec ou sans le nom du participant, dans des médias imprimés et électroniques tels que des brochures, des livres, des bulletins d'information imprimés et électroniques, des DVD et des vidéos, des sites Web, des médias sociaux et des blogs (collectivement, les "médias"). Par la présente, j'autorise et permets aux parties autorisées, sans compensation et sans autre approbation, de photographier et/ou d'enregistrer mon image, mon nom, ma ressemblance et le son de ma voix et de celle de mon enfant pendant les activités du programme et les événements spéciaux financés par DYCD., et je consens par la présente à ce que les images, vidéos et interviews qui en résultent soient utilisées, sans compensation et sans autre approbation par les Parties autorisées, uniquement à des fins non lucratives, non commerciales dans tous les médias.*

Oui

Non

Si, au cours de ma participation aux activités du programme et aux événements spéciaux financés par DYCD, une œuvre originale telle que de l'art, de la musique, de la chorégraphie, de la poésie ou de la prose (collectivement, « l'œuvre originale») est créée par moi ou mon enfant, je consens par la présente à ce que cette Œuvre Originale soit utilisée par les Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, uniquement à des fins non lucratives, non commerciales dans tous les Médias.

Oui

Non

Nom complet du candidat : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Consentement à faire des recommandations et à partager des informations**

*Le Département de la jeunesse et de la communauté de la ville de New York (DYCD) investit dans des programmes et des services pour aider nos communautés et les personnes qui y vivent. Nous voulons nous assurer que vous les connaissez et vous faciliter la tâche. Pourquoi nous avons besoin de votre autorisation :*

**Avec lui, nous pouvons :**

- Vous envoyer des informations sur les programmes et services financés par DYCD auxquels vous pouvez postuler, et
- Partagez les informations de votre application de participant DYCD chaque fois que vous postulez.

**Ce que nous partageons :** Nous ne donnerons des informations que pour montrer que vous êtes admissible ou vous aider à vous inscrire à des programmes financés par DYCD

**Qui voit vos informations et comment les protégeons-nous ?**

Seul le personnel autorisé du DYCD et du programme financé peut le voir. Nous ne les partageons pas avec d'autres, sauf pour :

- Décidez si vous êtes éligible aux services
- Vous inscrire à des programmes et services, et
- Suivez les résultats des services que vous recevez

**Veillez lire ci-dessous, cocher l'une des cases et remplir le reste.**

Je comprends pourquoi DYCD a besoin de mon consentement pour :

- Envoyez-moi des informations sur les programmes et services auxquels je peux postuler,
- Orientez-moi vers des programmes financés par DYCD, et/ou Partagez les informations de ma demande de participation DYCD avec les programmes auxquels je postule

Oui, j'autorise

Non, je n'autorise pas

Nom complet du candidat : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Candidat : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Parent : \_\_\_\_\_

### Consentement des parents/tuteurs pour recueillir et partager les informations sur les élèves

*Le Département de la jeunesse et du développement communautaire (DYCD) finance ce programme dans le cadre de sa mission de vous aider à aider votre enfant à atteindre son plein potentiel. Bon nombre de nos programmes sont gérés par des organisations communautaires. Nous travaillons pour nous assurer que les services que vous et vos enfants recevez sont de la plus haute qualité. DYCD demande votre permission pour nous permettre de recueillir Des informations dont nous avons besoin sur votre enfant, sa participation et la qualité des services fournis.*

#### Quelles informations du dossier scolaire de votre enfant demande DYCD ?

Nous demandons votre autorisation pour que le Département de l'éducation de la ville de New York (DOE) partage avec DYCD des informations personnellement identifiables issues des dossiers d'étudiants de votre enfant. Les informations que nous souhaitons collecter consistent en des informations biographiques et d'inscription (comprenant spécifiquement le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro d'identification de l'étudiant, le niveau, l'école ou les écoles fréquentées et les données de transfert, de sortie et d'obtention du diplôme de votre enfant) ; les données concernant la fréquentation scolaire de votre enfant (y compris le nombre de jours de présence et d'absences) ; et les données sur les performances scolaires (y compris les résultats de votre enfant aux examens nationaux et nationaux, les crédits obtenus, les notes, le statut de promotion et de rétention, et le score de fitnessgram) ; et les données relatives à toute mesure disciplinaire prise à l'encontre de votre enfant (y compris le nombre et le type de suspensions).

#### Nous vous demandons de collecter les informations énumérées ci-dessus concernant votre enfant sur une base passée, présente et future (c'est-à-dire en cours).

Nous demandons également votre permission pour que DYCD partage les informations que nous recueillons sur le formulaire d'inscription auprès de vous et/ou de votre enfant avec le personnel du DOE. Les informations comprennent les informations d'inscription, les intérêts et les défis de l'étudiant, le type de programme auquel il est inscrit et la fréquence de participation. Ces renseignements seront utilisés pour aider l'école et l'organisme communautaire à travailler ensemble pour répondre à vos besoins et à ceux de votre enfant.

#### Veuillez cocher Oui ou Non à chacun des énoncés suivants :

Je comprends pourquoi DYCD me demande la permission d'accéder aux informations énumérées ci-dessus à partir des dossiers scolaires de mon enfant, et j'autorise le DOE à partager ces informations avec DYCD de manière continue

Oui, j'autorise

Non, je n'autorise pas

Je comprends pourquoi DYCD me demande la permission de partager des informations sur mon enfant collectées par DYCD avec le personnel du DOE et j'autorise DYCD à partager des informations avec le DOE de manière continue.

Oui, j'autorise

Non, je n'autorise pas

Nom complet du candidat : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Consentement de participation

*Au meilleur de ma connaissance, les informations saisies sont vraies. J'accepte sa vérification et comprends que la falsification peut constituer un motif de résiliation du service. Les informations peuvent être utilisées par la ville de New York pour améliorer les services de la ville et accéder à ces services, et pour accéder à des financements supplémentaires.*

Impression parent/tuteur \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Téléphone du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ E-mail du parent/tuteur : \_\_\_\_\_