

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.

신청인이 거주하는 가정의 가장(한 개 선택):			신청인의 거주지 유형(한 개 선택):		
<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			
신청인의 가족 구성원 수(한 개 선택):			지난 12개월 이내 가계 총소득(한 개 선택):		
<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

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

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 등)를 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

허가받은 DYCD 및 후원 프로그램 직원만 볼 수 있습니다.

다음과 같은 경우에만 정보를 공유합니다.

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

아래 내용을 읽고 상자에 표시한 후 나머지를 작성해 주십시오.

본인은 DYCD에서 다음과 같은 경우를 위해 본인의 동의가 필요함을 이해합니다.

- 신청 가능한 DYCD 후원 프로그램 및 서비스에 관한 정보를 본인에게 전달할 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: _____