

Uzupełniający formularz rejestracyjny Summer  
Rising

TYLKO DO UŻYTKU  
WEWNĘTRZNEGO  
Osoba aplikująca: \_\_\_\_\_  
Wiek: \_\_\_\_\_  
Klasa: \_\_\_\_\_  
Rodzic: \_\_\_\_\_

Niniejszy formularz jest przeznaczony dla uczestników, którzy zostali przyjęci do programu Summer Rising za pośrednictwem scentralizowanego portalu rejestracyjnego i **należy go wypełnić, aby sfinalizować uczestnictwo.**  
Na potrzeby niniejszego wniosku termin „osoba aplikująca” odnosi się do osoby korzystającej z usług.

Informacje dot. osoby aplikującej					
Imię i nazwisko osoby aplikującej:				Data urodzenia:	Wiek:
Numer OSIS (tylko dla uczniów DOE):	Klasa:	Tożsamość płciowa:	Zaimki:		
Nr telefonu osoby aplikującej (jeżeli posiada):	Adres e-mail osoby aplikującej (jeżeli posiada):				
Jak dobrze osoba aplikująca mówi po angielsku? (Wybierz jedną opcję)			Pierwszy język	Inne języki, którymi mówi	
<input type="checkbox"/> Płynnie <input type="checkbox"/> Dobrze <input type="checkbox"/> Słabo <input type="checkbox"/> Źle					

Informacje o stanie zdrowia		
<i>Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania i podanie dodatkowych informacji w odpowiednim miejscu.</i>		
Czy osoba aplikująca:		
Ma jakieś alergie?	Ma astmę?	Ma jakieś specjalne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej?
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nie może brać udziału w jakichś aktywnościach?	Przyjmuje leki na jakąkolwiek chorobę lub dolegliwość?	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Chciałaby przekazać jakiegokolwiek dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia lub potrzebnych dostosowaniach? (np. Informacje dotyczące diety, itp.)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli padła odpowiedź twierdząca na jakiegokolwiek z powyższych pytań, prosimy o podanie dodatkowych informacji tutaj. Jeżeli potrzeba więcej miejsca, należy załączyć dodatkowe strony.		

Zgoda na leczenie			
<i>Moje dziecko jest zapisane jako uczestnik programu finansowanego przez organizację DYCD. W przypadku nagłego wypadku medycznego wyrażam zgodę na udzielenie niezbędnej pomocy medycznej mojemu dziecku, z zastrzeżeniem, że otrzymam powiadomienie o tym fakcie tak szybko, jak to tylko możliwe. Rozumiem, że dołożycie wszelkich starań, aby się ze mną skontaktować lub, w przypadku mojej niedostępności, z podanymi wcześniej osobami do kontaktu w nagłych wypadkach, i po udzieleniu pomocy medycznej.</i>			
<input type="checkbox"/> Tak, wyrażam zgodę		<input type="checkbox"/> Nie, nie wyrażam zgody	
Rodzic/opiekun (uzupełnić dużymi literami)	Podpis rodzica/opiekuna	Data:	
Czy osoba aplikująca posiada ubezpieczenie zdrowotne? (Wybierz jedną opcję)	Jeżeli nie, czy życzą Państwo sobie, aby ktoś inny skontaktował się w celu przekazania informacji dotyczących zapisania się do ubezpieczenia zdrowotnego?		
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	<input type="checkbox"/> Tak, proszę o kontakt przez: <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Poczta tradycyjną <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Za pośrednictwem dostawcy		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Jeżeli tak, jaki to rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego? (Można zaznaczyć więcej niż jedną opcję)			
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Państwowy Program Ubezpieczeń Zdrowotnych Dzieci	
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie z miejsca pracy	<input type="checkbox"/> Zakupione bezpośrednio	<input type="checkbox"/> Państwowe Ubezpieczenie Zdrowotne Dzieci dla dorosłych	
<input type="checkbox"/> Wojskowa Służba Zdrowia	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi		

**Informacje dot. gospodarstwa domowego**

*W przypadku następnego zestawu pytań **gospodarstwo domowe** definiuje się jako każdą osobę lub grupę osób (spokrewnionych lub niespokrewnionych), które zamieszkują razem jako jedna jednostka gospodarcza. **Dochód** definiuje się jako całkowity roczny dochód brutto wszystkich osób spokrewnionych i niespokrewnionych w wieku 18+, które zamieszkują rzeczne gospodarstwo domowe.*

<b>Osoba aplikująca mieszka w gospodarstwie domowym, prowadzonym przez</b> (wybierz jedną opcję):		<b>Typ mieszkania osoby aplikującej</b> (Wybierz jedną opcję):	
<input type="checkbox"/> Samodzielny rodzic — kobieta	<input type="checkbox"/> Dwoje dorosłych — bez dzieci	<input type="checkbox"/> Własne	<input type="checkbox"/> Osoba bezdomna
<input type="checkbox"/> Samodzielny rodzic — mężczyzna	<input type="checkbox"/> Gospodarstwo domowe dwojga dorosłych	<input type="checkbox"/> Wynajem	<input type="checkbox"/> Inny rodzaj stałego zamieszkania
<input type="checkbox"/> Samodzielny rodzic — bez dzieci	<input type="checkbox"/> Dom wielopokoleniowy	<input type="checkbox"/> NYCHA	<input type="checkbox"/> Inne:
<input type="checkbox"/> Niespokrewnieni dorośli z dziećmi	<input type="checkbox"/> Inne:	<input type="checkbox"/> Schronisko	<input type="checkbox"/> Inne:
<b>Wielkość gospodarstwa domowego osoby wnioskującej</b> (Wybierz jedną opcję):		<b>Całkowity dochód gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy</b> (Wybierz jedną opcję):	
<input type="checkbox"/> Jeden	<input type="checkbox"/> Dwa	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1-\$12 060
<input type="checkbox"/> Trzy	<input type="checkbox"/> Cztery	<input type="checkbox"/> \$12 061-\$16 240	<input type="checkbox"/> \$20 421-\$24 600
<input type="checkbox"/> Pięć	<input type="checkbox"/> Siedem	<input type="checkbox"/> \$16 241-\$20 420	<input type="checkbox"/> \$24 601-\$28 780
<input type="checkbox"/> Sześć	<input type="checkbox"/> Dziesięć	<input type="checkbox"/> \$28 781-\$32 960	<input type="checkbox"/> \$32 961-\$37 140
<input type="checkbox"/> Dziewięć	<input type="checkbox"/> Jedenaście	<input type="checkbox"/> \$37 141-\$41 320	<input type="checkbox"/> \$50 001-\$60 000
<input type="checkbox"/> Dwanaście	<input type="checkbox"/> Trzynaście	<input type="checkbox"/> \$41 321-\$50 000	<input type="checkbox"/> \$60 001-\$70 000
<input type="checkbox"/> Czternaście	<input type="checkbox"/> Szesnaście	<input type="checkbox"/> \$50 001-\$60 000	<input type="checkbox"/> \$70 001-\$80 000
<input type="checkbox"/> Piętnaście	<input type="checkbox"/> Siedemnaście	<input type="checkbox"/> \$60 001-\$70 000	<input type="checkbox"/> \$80 001-\$90 000
<input type="checkbox"/> Osiemnaście	<input type="checkbox"/> Dwadzieścia lub więcej	<input type="checkbox"/> \$70 001-\$80 000	<input type="checkbox"/> \$90 001-\$100 000
<input type="checkbox"/> \$80 001-\$90 000	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi		

**Źródła dochodu gospodarstwa domowego osoby aplikującej** (Można wybrać więcej niż jedną opcję):

<input type="checkbox"/> Wynagrodzenie za pracę	<input type="checkbox"/> Dotacja na podstawie ustawy o przystępnej cenie opieki zdrowotnej „Affordable Care Act Subsidy” (tzw. „Obamacare”)	<input type="checkbox"/> Alimenty lub innego rodzaju zobowiązania między małżonkami i byłymi małżonkami	<input type="checkbox"/> Świadczenia alimentacyjne na rzecz dzieci
<input type="checkbox"/> Bon na opiekę nad dzieckiem („Childcare Voucher”)	<input type="checkbox"/> Ujemny podatek dochodowy (EITC)	<input type="checkbox"/> Dodatek dla osób bezrobotnych („Unemployment Tax Credit”)	<input type="checkbox"/> Pomoc ogólna
<input type="checkbox"/> Program „Housing Choice Voucher”	<input type="checkbox"/> Program HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Program LIEHEAP	<input type="checkbox"/> Emerytura
<input type="checkbox"/> Dom pomocy społecznej (PSH)	<input type="checkbox"/> Prywatne Ubezpieczenie Na Wypadek Niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Lokal socjalny	<input type="checkbox"/> Program pomocy żywnościowej (SNAP)
<input type="checkbox"/> Świadczenia emerytalne z tytułu ubezpieczenia społecznego	<input type="checkbox"/> Renta inwalidzka (SSDI)	<input type="checkbox"/> Zapomoga uzupełniająca (SSI)	<input type="checkbox"/> Rekompensata dla weteranów, których niepełnosprawność wynika z uszczerbku na zdrowiu poniesionego podczas pełnienia służby
<input type="checkbox"/> Tymczasowa Pomoc Dla Rodzin Ubogich (TANF)	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia	<input type="checkbox"/> Renta dla weteranów, których niepełnosprawność nie wynika z uszczerbku na zdrowiu poniesionego podczas pełnienia służby	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
<input type="checkbox"/> Świadczenia w ramach programu Safety Net/Home Relief	<input type="checkbox"/> Wynagrodzenie pracownika	<input type="checkbox"/> Inne:	
<input type="checkbox"/> Program żywnościowy WIC			

**Dodatkowe informacje i zgody**

<b>Osoba uczestnicząca:</b>	<input type="checkbox"/> jest w klasie _____, ma zgodę na samodzielny powrót do domu na koniec dnia.	<input type="checkbox"/> Musi zostać odebrana
<input type="checkbox"/> Korzysta z letnich przewozów autobusowych (*tylko osoby upoważnione)	<b>Młodociani uciekinierzy (Runaway Youth)</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
<b>Dane kontaktowe dodatkowych osób upoważnionych do odbioru dziecka w sytuacji awaryjnej, chyba że zaznaczono inaczej:</b>		
Imię i nazwisko:	Nr telefonu:	Stopień pokrewieństwa
<b>Niżej wymienione osoby nie powinny mieć kontaktu z moim dzieckiem: (Prosimy pisać czytelnie)</b>		
Imię i nazwisko/ Stopień pokrewieństwa	Imię i nazwisko/ Stopień pokrewieństwa	Imię i nazwisko/ Stopień pokrewieństwa

**Zgoda na fotografowanie/filmowanie i wykorzystanie oryginalnych prac**

*Jako osoba uczestnicząca w programie finansowanym ze środków organizacji DYCD musisz pamiętać, że w dowolnym momencie organizacja DYCD i miasto Nowy Jork, jej zakontraktowani dostawcy, autoryzowani agenci, organizacje zewnętrzne, z którymi współpracuje, lub inni przedstawiciele rządu (zwani dalej łącznie „Upoważnionymi Stronami”) mogą być obecni podczas działań w ramach rzeczonoego programu i specjalnych wydarzeń związanych z realizacją tegoż programu, zarówno w standardowej lokalizacji, gdzie realizowany jest program, jak i podczas wydarzeń poza siedzibą organizacji. W niektórych przypadkach mogą oni fotografować, filmować, prowadzić wywiady lub w inny sposób nagrywać uczestników, oraz ich rodziny i przyjaciół, biorących udział w tychże programach. Uzyskane w ten sposób obrazy, filmy i wywiady mogą być wykorzystywane, wraz z imieniem i nazwiskiem osoby uczestniczącej lub bez niego, w mediach drukowanych i elektronicznych, takich jak broszury, książki, biuletyny (newsletters) drukowane i elektroniczne, płyty DVD oraz filmy, strony internetowe, media społecznościowe i blogi (zwane dalej łącznie „Mediami”). Niniejszym zezwalam Upoważnionym Stronom i wyrażam zgodę, bez wynagrodzenia i bez konieczności dalszego zatwierdzenia, na fotografowanie i/lub nagrywanie wizerunku mojego i mojego dziecka, imienia, podobieństwa i dźwięku głosu mojego i mojego dziecka podczas działań programowych i wydarzeń specjalnych finansowanych przez organizację DYCD. Wyrażam zgodę, aby Upoważnione Strony mogły wykorzystywać uzyskane zdjęcia, filmy i wywiady w dowolnych Mediach, bez wynagrodzenia i bez konieczności dalszego zatwierdzenia, wyłącznie w celach niezarobkowych i niekomercyjnych.*

Tak  Nie

Jeżeli w trakcie uczestnictwa w działaniach programowych i wydarzeniach specjalnych finansowanych przez organizację DYCD, jakiegokolwiek oryginalne dzieło, takie jak dzieło sztuki, muzyka, choreografia, poezja lub proza (zwane dalej łącznie „Dziełami Oryginalnymi”), zostało stworzone przez mnie lub moje dziecko, niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie Dzieła Oryginalnego przez Upoważnione Strony w dowolnych Mediach, bez wynagrodzenia i bez konieczności dalszego zatwierdzenia, wyłącznie w celach niezarobkowych i niekomercyjnych.

Tak  Nie

Imię i nazwisko osoby aplikującej \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (dużymi literami): \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Zgoda na polecenie i udostępnianie informacji**

*Departament Młodzieży i Rozwoju Społeczności stanu Nowy Jork (DYCD) inwestuje w programy i usługi, aby pomagać naszym społecznościom i ludziom, którzy tu mieszkają. Chcemy upewnić się, że o wiesz o tych programach i ułatwić Ci złożenie wniosku.*

*Dlaczego potrzebujemy Twojej zgody:*

**Dzięki niej możemy:**

- Wysłać informacje o programach i usługach finansowanych przez organizację DYCD, o które można się ubiegać, oraz
- Udostępniać informacje zawarte we Wniosku Osoby Aplikującej o udział w programie organizacji DYCD za każdym razem, kiedy taki wniosek jest składany.

**Jakiego rodzaju informacje udostępniamy:** Przekazujemy tylko informacje, dzięki którym możesz zakwalifikować się do udziału w programach finansowanych przez organizację DYCD.

**Kto widzi Twoje informacje i w jaki sposób je chronimy**

Zobaczyć je mogą tylko autoryzowani pracownicy organizacji DYCD i finansowani pracownicy programu. Nie udostępniamy ich nikomu, z wyjątkiem sytuacji, kiedy musimy:

- Podjąć decyzję o zakwalifikowaniu osoby do korzystania z usług
- Zarejestrować osobę w programach i usługach, oraz
- Monitorować rezultaty usług świadczonych na rzecz danej osoby

**Przeczytaj poniższy tekst, zaznacz jedno z pól, a resztę wypełnij.**

Rozumiem, dlaczego organizacja DYCD potrzebuje mojej zgody na:

- Wysyłanie mi informacji o programach i usługach, o które mogę się ubiegać,
- Polecanie mi programów finansowanych przez DYCD, i/lub Udostępnianie informacji z mojego Wniosku Osoby Aplikującej o udział w programach, o które się ubiegam

Tak, wyrażam zgodę  Nie, nie wyrażam zgody

Imię i nazwisko osoby aplikującej \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (dużymi literami): \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## Uzupełniający formularz rejestracyjny Summer Rising

TYLKO DO UŻYTKU  
WEWNĘTRZNEGO  
Osoba aplikująca: \_\_\_\_\_  
Wiek: \_\_\_\_\_  
Klasa: \_\_\_\_\_  
Rodzic: \_\_\_\_\_

### Zgoda rodzica/opiekuna na zbieranie i udostępnianie informacji o uczniu

Departament Młodzieży i Rozwoju Społeczności (DYCD) zapewnia finansowanie tego programu w ramach swojej misji, aby pomagać dzieciom w osiągnięciu ich pełnego potencjału. Wiele z naszych programów jest prowadzonych przez organizacje oparte na społecznościach lokalnych. Dokładamy wszelkich starań, aby usługi które otrzymujesz Ty i Twoje dzieci, były najwyższej jakości. Organizacja DYCD prosi o wyrażenie zgody na gromadzenie danych dotyczących Twojego dziecka, jego udziału w programach i jakości świadczonych usług.

#### O jakie informacje z dokumentacji uczniowskiej Twojego dziecka prosi organizacja DYCD?

Prosimy o wyrażenie zgody na udostępnienie organizacji DYCD przez Departament Edukacji miasta Nowy Jork (DOE) informacji umożliwiających identyfikację osoby z akt uczniowskich Twojego dziecka. Informacje, które chcemy gromadzić, obejmują informacje biograficzne i rekrutacyjne (w szczególności imię i nazwisko dziecka, adres, datę urodzenia, numer identyfikacyjny ucznia, klasę, nazwę szkoły (szkół) oraz dane dotyczące transferów, wypisywania ze szkoły i ukończenia szkoły przez dziecko); dane dotyczące frekwencji dziecka na zajęciach szkolnych (w tym liczba dni obecnych i nieobecnych w szkole); dane dotyczące wyników akademickich (w tym wyniki dziecka z egzaminów stanowych i państwowych, uzyskane punkty (credits), oceny, status promowania/braku promowania do klasy programowo wyższej oraz wynik fitnessgramu); a także dane dotyczące wszelkich działań dyscyplinarnych podjętych wobec Państwa dziecka (w tym liczba i rodzaj zawiesznień w prawach ucznia).

#### Prosimy o zebranie wyżej wymienionych informacji o dziecku w przeszłości, teraźniejszości i przyszłości (tj. na bieżąco).

Prosimy również o zgodę na udostępnianie przez organizację DYCD pracownikom DOE informacji zebranych w formularzu rejestracyjnym od Państwa i/lub Waszego dziecka. Informacje te obejmują dane rejestracyjne, zainteresowania i trudności ucznia, rodzaj programu, w którym uczestniczy i frekwencję na zajęciach programowych. Informacje te zostaną wykorzystane, aby wspomóc szkołę i organizację społecznościową w pracy na rzecz zaspokajania potrzeb Twoich, i Twojego dziecka.

#### Zaznacz Tak lub Nie dla każdego z następujących stwierdzeń:

Rozumiem, dlaczego organizacja DYCD prosi o zgodę na dostęp do wymienionych powyżej informacji z dokumentacji uczniowskiej mojego dziecka, i udzielam zgody Departamentowi Edukacji (DOE) na ciągłe udostępnianie rzeczonych informacji organizacji DYCD.

Tak, wyrażam zgodę

Nie, nie wyrażam zgody

Rozumiem, dlaczego organizacja DYCD prosi o zgodę na udostępnianie informacji o moim dziecku zebranych przez DYCD, pracownikom Departamentu Edukacji (DOE) i udzielam zgody organizacji DYCD na ciągłe udostępnianie rzeczonych informacji Departamentowi Edukacji (DOE).

Tak, wyrażam zgodę

Nie, nie wyrażam zgody

Imię i nazwisko osoby aplikującej \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (dużymi literami): \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### Zgoda na udział

Według mojej najlepszej wiedzy, wprowadzone informacje są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na ich weryfikację i rozumiem, że podawanie fałszywych informacji może być podstawą do zakończenia świadczenia usługi. Informacje mogą być wykorzystywane przez miasto Nowy Jork do podniesienia standardów Usług Miejskich i dostępu do tychże usług, oraz do uzyskiwania dostępu do dodatkowych środków finansowych.

Rodzic/opiekun (uzupełnić dużymi literami) \_\_\_\_\_ Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nr tel. rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_ Adres e-mail rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_