

Регистрация в программу DYCD Summer Rising (дополнительная форма)

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ
Заявитель: _____
Возраст: _____
Класс: _____
Родитель: _____

Эта форма предназначена для участников, включенных в программу Summer Rising через централизованный портал регистрации, и должна быть заполнена для завершения регистрации.

Для целей данного заявления «заявитель» означает лицо, получающее услуги.

Информация о заявителе					
Полное имя заявителя:		Дата рождения:		Возраст:	
№ OSIS (только для учащихся DOE):		Класс:	Гендерная принадлежность:	Местоимения:	
Телефон заявителя (если применимо):		Email заявителя (если применимо):			
Насколько хорошо заявитель говорит по-английски? (Выберите один вариант)			Основной язык	Владение другими языками	
<input type="checkbox"/> Свободно <input type="checkbox"/> Хорошо <input type="checkbox"/> Слабо <input type="checkbox"/> Почти не говорит					

Информация о здоровье		
<i>Пожалуйста, ответьте на вопросы ниже и укажите дополнительные сведения в соответствующих полях.</i>		
Есть ли у заявителя:		
Аллергические реакции? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Астма? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Особые медицинские потребности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ограничения на участие в определенных видах деятельности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Необходимость принимать лекарства в связи с любым состоянием или заболеванием? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Другая информация о здоровье или необходимость в специальных мерах? (Диетические, пр.)		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если вы ответили «да» на любой из вопросов выше, укажите здесь дополнительные сведения. Приложите дополнительные страницы, если вам нужно больше места.		

Согласие на медицинское обслуживание	
<i>Мой ребенок зачислен в качестве участника программы, финансируемой DYCD. В случае возникновения экстренной медицинской ситуации я даю согласие на получение моим ребенком необходимой неотложной медицинской помощи, подразумевая, что меня проинформируют об этом в кратчайший возможный срок. Я понимаю, что будут предприняты все усилия, чтобы связаться со мной, а в случае моей недоступности — с указанным контактным лицом (лицами) до и после оказания медицинской помощи.</i>	
<input type="checkbox"/> Да, я даю разрешение	<input type="checkbox"/> Нет, я не даю разрешение

Имя родителя/опекуна печатными буквами:		Подпись родителя/опекуна:		Дата:	
Есть ли у заявителя медицинская страховка? (Выберите один вариант) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ отвечать	Если нет, хотите ли вы, чтобы с вами связались с информацией о регистрации в программе медицинского страхования?				
	<input type="checkbox"/> Да, свяжитесь со мной следующим способом: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> US Mail <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> Через поставщика услуг			<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ от ответа	

Если да, какая это медицинская страховка? (Отметьте все, что применимо)		
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Программа медицинского страхования детей штата
<input type="checkbox"/> От работодателя	<input type="checkbox"/> Директ-страхование	<input type="checkbox"/> Программа медицинского страхования детей штата для взрослых
<input type="checkbox"/> Медицинское страхование военных	<input type="checkbox"/> Отказ от ответа	

Регистрация в программу DYCD Summer Rising (дополнительная форма)

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ
Заявитель: _____
Возраст: _____
Класс: _____
Родитель: _____

Сведения о домохозяйстве

В следующем блоке вопросов **домохозяйство** определяется как любой человек или группа людей (члены или не члены семьи), которые живут вместе как одна экономическая единица. **Доход** определяется как общий годовой валовой доход всех членов семьи и не членов семьи старше 18 лет, проживающих в домохозяйстве.

Заявитель проживает в домохозяйстве, во главе которого находятся (выберите один вариант):		Тип жилья заявителя (выберите один вариант):	
<input type="checkbox"/> Мать-одиночка	<input type="checkbox"/> Двое бездетных взрослых	<input type="checkbox"/> Собственное	<input type="checkbox"/> Бездомный
<input type="checkbox"/> Отец-одиночка	<input type="checkbox"/> Двое взрослых	<input type="checkbox"/> Арендное	<input type="checkbox"/> Другое постоянное жилье
<input type="checkbox"/> Одно бездетное лицо	<input type="checkbox"/> Семья из нескольких поколений	<input type="checkbox"/> NYCHA	<input type="checkbox"/> Другое:
<input type="checkbox"/> Не являющиеся родственниками взрослые	<input type="checkbox"/> Другое:	<input type="checkbox"/> Приют	
Число человек в домохозяйстве заявителя (выберите один вариант):		Совокупный доход домохозяйства за последние 12 месяцев (выберите один вариант):	
<input type="checkbox"/> Один	<input type="checkbox"/> Два	<input type="checkbox"/> Три	<input type="checkbox"/> \$0
<input type="checkbox"/> Четыре	<input type="checkbox"/> Пять	<input type="checkbox"/> Шесть	<input type="checkbox"/> \$1-\$12 060
<input type="checkbox"/> Семь	<input type="checkbox"/> Восемь	<input type="checkbox"/> Девять	<input type="checkbox"/> \$12 061-\$16 240
<input type="checkbox"/> Десять	<input type="checkbox"/> Одиннадцать	<input type="checkbox"/> Двенадцать	<input type="checkbox"/> \$16 241-\$20 420
<input type="checkbox"/> Тринадцать	<input type="checkbox"/> Четырнадцать	<input type="checkbox"/> Пятнадцать	<input type="checkbox"/> \$20 421-\$24 600
<input type="checkbox"/> Шестнадцать	<input type="checkbox"/> Семнадцать	<input type="checkbox"/> Восемнадцать	<input type="checkbox"/> \$24 601-\$28 780
<input type="checkbox"/> Девятнадцат	<input type="checkbox"/> Двадцать или более		<input type="checkbox"/> \$28 781-\$32 960
			<input type="checkbox"/> \$32 961-\$37 140
			<input type="checkbox"/> \$37 141-\$41 320
			<input type="checkbox"/> \$41 321-\$50 000
			<input type="checkbox"/> \$50 001-\$60 000
			<input type="checkbox"/> \$60 001-\$70 000
			<input type="checkbox"/> \$70 001-\$80 000
			<input type="checkbox"/> \$80 001-\$90 000
			<input type="checkbox"/> \$90 001-\$100 000
			<input type="checkbox"/> Отказ от ответа
Источники дохода домохозяйства заявителя (выберите все, что применимо):			
<input type="checkbox"/> Заработная плата	<input type="checkbox"/> Налоговый зачет за заработанный доход (EITC)	<input type="checkbox"/> Алименты или другие виды супружеской поддержки	<input type="checkbox"/> Алименты на ребенка
<input type="checkbox"/> Ваучер на обеспечение ухода за детьми	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Налоговый зачет на пособие по безработице	<input type="checkbox"/> Общая помощь
<input type="checkbox"/> Ваучер по программе Housing Choice	<input type="checkbox"/> Частное страхование на случай нетрудоспособности	<input type="checkbox"/> LIENEAP	<input type="checkbox"/> Пенсия
<input type="checkbox"/> Постоянное субсидируемое жилье	<input type="checkbox"/> Социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI)	<input type="checkbox"/> Государственное жилье	<input type="checkbox"/> Программа дополнительной продовольственной поддержки (SNAP)
<input type="checkbox"/> Пенсия от фонда социального страхования	<input type="checkbox"/> Пособие по безработице	<input type="checkbox"/> Дополнительный гарантированный доход (SSI)	<input type="checkbox"/> Ветеранская пенсия по инвалидности, связанной со службой в вооруженных силах
<input type="checkbox"/> Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)	<input type="checkbox"/> Компенсации работникам	<input type="checkbox"/> Ветеранская пенсия по инвалидности, не связанной со службой в вооруженных силах	<input type="checkbox"/> Отказ от ответа
<input type="checkbox"/> Пособие Safety Net/Home Relief	<input type="checkbox"/> Программа питания для женщин, младенцев и детей WIC	<input type="checkbox"/> Другое:	
<input type="checkbox"/> Субсидия по Закону о доступном медицинском обслуживании			

Дополнительная информация и разрешения

Участник:	<input type="checkbox"/> является учеником класса, может уходить самостоятельно в конце дня	<input type="checkbox"/> должен уходить только в сопровождении
<input type="checkbox"/> Пользуется летним автобусом (*только для имеющих данное право)	Убегающий из дома подросток <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Отказ отвечать	
Контакты для экстренной связи дополнительных лиц, уполномоченных забирать ребенка, если не указано иное:		
Имя:	Телефон:	Кем приходится:
Перечисленные ниже лица не должны общаться с моим ребенком: (просьба писать разборчиво)		
Имя / Кем приходится	Имя / Кем приходится	Имя / Кем приходится

Регистрация в программу DYCD Summer Rising (дополнительная форма)

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО
ПОЛЬЗОВАНИЯ

Заявитель: _____

Возраст: _____

Класс: _____

Родитель: _____

Согласие на фото/видеосъемку и использование Оригинальных произведений

Если вы являетесь участником программы, финансируемой DYCD, обратите внимание, что время от времени DYCD и город Нью-Йорк, их поставщики по контракту, уполномоченные агенты, сторонние организации, с которыми они сотрудничают, или представители других государственных органов (вместе именуемые «Уполномоченные стороны») могут присутствовать во время программных мероприятий и специальных событий, связанных с услугами программы, как в обычном месте проведения программы, так и на выездных мероприятиях. В некоторых случаях они могут фотографировать, снимать на видео, брать интервью или иным образом записывать участников этих программ, их семьи и друзей. Полученные изображения, видео и интервью могут быть использованы, с именем участника или без него, в печатных и электронных средствах массовой информации, таких как брошюры, книги, печатные и электронные информационные бюллетени, DVD-диски и видео, веб-сайты, социальные сети и блоги (вместе именуемые «СМИ»). Настоящим я разрешаю и позволяю Уполномоченным сторонам без компенсации и без дополнительного согласования фотографировать и/или записывать изображения, имя, фотографии и звук голоса меня и моего ребенка во время программных мероприятий и специальных событий, финансируемых DYCD, и настоящим даю согласие на использование полученных изображений, видео и интервью без компенсации и без дополнительного согласования Уполномоченными сторонами исключительно в некоммерческих, не связанных с получением прибыли целях в любых СМИ.

Да

Нет

Если в ходе участия в программных мероприятиях и специальных событиях, финансируемых DYCD, мной или моим ребенком создаются какие-либо оригинальные работы, такие как художественные произведения, музыка, хореография, поэзия или проза (вместе именуемые «Оригинальные произведения»), я настоящим даю согласие на использование таких Оригинальных произведений Уполномоченными сторонами без компенсации и без дополнительного согласования исключительно в некоммерческих, не связанных с получением прибыли целях в любых СМИ.

Да

Нет

Полное имя заявителя: _____

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

Подпись родителя/опекуна: _____

Дата: _____

Согласие на выдачу направлений и передачу информации

Департамент по делам молодежи и общественного развития города Нью-Йорка (DYCD) инвестирует в программы и услуги для помощи нашим сообществам и живущим здесь людям. Мы хотим, чтобы вы знали о них и могли легко подать заявку. Зачем нам нужно ваше разрешение:

С его помощью мы сможем:

- отправлять вам информацию о программах и услугах, финансируемых DYCD, на которые вы можете подать заявку, и
- передавать информацию из вашего заявления участника DYCD каждый раз, когда вы подаете заявление.

Какую информацию мы передаем. Мы будем предоставлять информацию только для того, чтобы показать, что вы соответствуете требованиям или помочь вам записаться в программы, финансируемые DYCD.

Кто видит вашу информацию, и как мы ее защищаем.

Ее могут видеть только уполномоченные сотрудники DYCD и финансируемых программ. Мы передаем ее другим лицам только с целью:

- определения, имеете ли вы право на получение услуг,
- включения вас в программы и получателей услуг,
- отслеживания результатов услуг, которые вы получаете.

Просим прочесть информацию ниже, отметить один из пунктов и заполнить остальные.

Я понимаю, что DYCD нужно мое согласие, чтобы:

- отправлять мне информацию о программах и услугах, финансируемых DYCD, на которые я могу подать заявку,
- направлять меня в финансируемые DYCD программы и/или передавать информацию из моего заявления участника DYCD в программы, на участие в которых я подаю заявление.

Да, я даю разрешение

Нет, я не даю разрешение

Полное имя заявителя: _____

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

Подпись родителя/опекуна: _____

Дата: _____

Регистрация в программу DYCD Summer Rising (дополнительная форма)

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Заявитель: _____
 Возраст: _____
 Класс: _____
 Родитель: _____

Согласие родителей/опекунов на сбор и передачу информации об учащемся

Департамент по делам молодежи и общественного развития (DYCD) предоставляет финансирование для этой программы в рамках своей миссии помочь вам помочь вашему ребенку полностью раскрыть свой потенциал. Многие из наших программ осуществляются общественными организациями. Мы работаем над тем, чтобы получаемые вами и вашими детьми услуги были самого высокого качества. DYCD просит вас разрешить нам собирать необходимую нам информацию о вашем ребенке, его участии и качестве предоставляемых услуг.

Какую информацию из личного дела вашего ребенка запрашивает DYCD?

Мы просим вашего разрешения на то, чтобы Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) передал DYCD информацию личного характера из личных дел вашего ребенка. Информация, которую мы хотели бы получить, включает в себя биографические данные и информацию о зачислении (в частности, имя, адрес, дату рождения, идентификационный номер учащегося, класс, посещаемую школу (школы), а также данные о переводе, отчислении и выпуске вашего ребенка), данные о посещаемости школы вашим ребенком (включая количество дней посещения и пропусков) и данные об успеваемости (включая результаты вашего ребенка на экзаменах уровня штата и страны, полученные кредиты, оценки, статус перевода и повторного обучения и результаты оценки FitnessGram), а также данные, касающиеся любых дисциплинарных мер, принятых в отношении вашего ребенка (включая количество и типы отстранений от занятий).

Мы просим разрешения собирать перечисленную выше информацию о вашем ребенке в прошлом, настоящем и будущем (т. е. на постоянной основе).

Мы также просим вас разрешить DYCD передавать информацию, собранную в регистрационной форме от вас и/или вашего ребенка, сотрудникам DOE. Эта информация включает в себя регистрационные данные, интересы и проблемы ученика, тип программы, в которой он участвует, и частоту участия. Эта информация будет использоваться для того, чтобы помочь школе и общественной организации работать вместе для удовлетворения ваших потребностей и потребностей вашего ребенка.

Пожалуйста, отметьте «Да» или «Нет» в каждом из следующих утверждений:

Я понимаю, почему DYCD запрашивает мое разрешение на доступ к перечисленной выше информации из личных дел моего ребенка, и я даю разрешение DOE передавать эту информацию DYCD на постоянной основе.

Да, я даю разрешение

Нет, я не даю разрешение

Я понимаю, почему DYCD просит моего разрешения делиться информацией о моем ребенке, собранной DYCD, с сотрудниками DOE, и я даю разрешение DYCD передавать эту информацию DOE на постоянной основе.

Да, я даю разрешение

Нет, я не даю разрешение

Полное имя заявителя: _____

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Согласие на участие

Насколько мне известно, указанная здесь информация является достоверной. Я соглашаюсь на ее проверку и понимаю, что фальсификация может послужить основанием для прекращения обслуживания. Информация может быть использована городом Нью-Йорком для улучшения работы городских служб и доступа к этим службам, а также для получения дополнительного финансирования.

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____ Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Телефон родителя/опекуна: _____ Email родителя/опекуна: _____