

## Summer Rising补充报名表

仅供内部使用  
 申请人： \_\_\_\_\_  
 年龄： \_\_\_\_\_  
 年级： \_\_\_\_\_  
 父母： \_\_\_\_\_

此表格适用于通过集中招生门户网站被Summer Rising计划录取的参与者，您必须填写此表格才能让申请人完成参与。  
 就本申请而言，“申请人”是指接受服务的人。

申请人信息					
申请人全名：				出生日期：	年龄：
OSIS# (仅限DOE学生)：		年级：	性别认同：		人称代词：
申请人电话 (如适用)：			申请人电子邮件 (如适用)：		
申请人的英语说得怎么样？ (选择一个)			主要语言		其他语言
<input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不太好 <input type="checkbox"/> 一点也不好					

健康信息		
请回答以下问题，并在提供的空格中提供更多详细信息。		
<b>申请人是否：</b>		
有过敏吗？	患有哮喘？	有特殊的医疗保健需求吗？
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
有他们不能参加的活动吗？	有在服用适用于任何身体状况或疾病的药物？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
有其他健康信息或膳宿需求吗？ (饮食等)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果以上任何一项都是，请在此处提供更多详细信息。如果您需要更多书写空间，请附加页面。		

医疗同意书		
<p>我的孩子参加了DYCD资助的项目。在发生医疗紧急情况时，我特此同意为我的孩子进行必要的紧急医疗，并理解我将尽快得到通知。我理解项目负责人将尽一切努力与我联系，或者，如果无法联系到我本人，在提供医疗护理的前后，将联系上述列出的紧急联系人。</p>		
<input type="checkbox"/> 是的，我允许		<input type="checkbox"/> 不，我不允许
家长/监护人楷体姓名：	家长/监护人签名：	日期：
申请人是否有健康保险？ (选择一个)	如果没有，是否希望其他人与您联系并提供关于注册健康保险的信息？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答	<input type="checkbox"/> 是的，请通过以下方式与我联系： <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 美国邮政 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 通过提供商 <input type="checkbox"/> 拒绝回答	
<b>如果是，什么样的健康保险？ (勾选所有适用项)</b>		
<input type="checkbox"/> 医疗补助	<input type="checkbox"/> 医疗保险	<input type="checkbox"/> 国家儿童健康保险计划
<input type="checkbox"/> 以就业为基础	<input type="checkbox"/> 直接购买	<input type="checkbox"/> 国家成人儿童健康保险
<input type="checkbox"/> 军事卫生保健	<input type="checkbox"/> 拒绝回答	

**家庭信息**

对于下一组问题, 家庭被定义为作为一个经济单元共同生活的任何个人或群体 (家庭或非家庭成员)。收入是指家庭中所有18岁以上的家庭成员和非家庭成员的年总收入。

<p>申请人居住的家庭由 (选择一个) :</p> <input type="checkbox"/> 单亲 - 女性 <input type="checkbox"/> 单亲 - 男性 <input type="checkbox"/> 单亲父母-无子女 <input type="checkbox"/> 有孩子的非亲属成年人			<p>两个成年人 - 没有孩子 两个成年人家庭 多代同堂 其他:</p>			<p>申请人的住房类型 (选择一种) :</p> <input type="checkbox"/> 自己的 <input type="checkbox"/> 租金 <input type="checkbox"/> 纽约市住房管理局 <input type="checkbox"/> 避难所			<p>无家可归的 其他永久性住房 其他:</p>					
<p>申请人的家庭规模 (选择一个) :</p> <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 七 <input type="checkbox"/> 十 <input type="checkbox"/> 十三 <input type="checkbox"/> 十六 <input type="checkbox"/> 十九			<p>二 五 八 十一 十四 十七 二十个或更多</p>			<p>过去12个月的家庭总收入 (选择一个) :</p> <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$16,241-\$20,420 <input type="checkbox"/> \$28,781-\$32,960 <input type="checkbox"/> \$41,321-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000 <input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000			<p>\$1-\$12,060 \$20,421-\$24,600 \$32,961-\$37,140 \$50,001-\$60,000 \$80,001-\$90,000 拒绝回答</p>			<p>\$12,061-\$16,240 \$24,601-\$28,780 \$37,141-\$41,320 \$60,001-\$70,000 \$100,000+</p>		
<p>申请人的家庭收入来源 (选择所有适用的来源) :</p>														
<input type="checkbox"/> 就业工资 <input type="checkbox"/> 儿童保育券 <input type="checkbox"/> 住房选择券 <input type="checkbox"/> 永久性支持性住房 <input type="checkbox"/> 退休收入社会保障 <input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助 <input type="checkbox"/> 安全网/家庭救济			<input type="checkbox"/> 《平价医疗法案》补贴 <input type="checkbox"/> 所得税抵免 (EITC) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> 私人残疾保险 <input type="checkbox"/> 社会保障残疾 (SSDI) <input type="checkbox"/> 失业保险 <input type="checkbox"/> 工人补偿 <input type="checkbox"/> WIC			<input type="checkbox"/> 赡养费或其他配偶赡养费 <input type="checkbox"/> 失业税收抵免 <input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助计划 <input type="checkbox"/> 公共住房 <input type="checkbox"/> 补充担保收入 (SSI) <input type="checkbox"/> 弗吉尼亚州非服务相关残 疾养老金 <input type="checkbox"/> 其他:			<input type="checkbox"/> 儿童抚养费 <input type="checkbox"/> 一般援助 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 补充营养援助计划 (SNAP) <input type="checkbox"/> VA服务-相关的联 疾赔偿 <input type="checkbox"/> 拒绝回答					

**其他信息和权限**

参与者:	<input type="checkbox"/> 在__年级, 可以在一天活动结束后自行解散回家		<input type="checkbox"/> 必须接回家
<input type="checkbox"/> 接受夏季巴士服务 (*仅限符合条件者)		离家出走的青少年 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答	
除非另有说明, 授权接孩子的其他人员的紧急联系人:			
姓名:	电话:	关系	
以下人员不应接触我的孩子: (请写清楚)			
姓名 / 关系	姓名 / 关系	姓名 / 关系	

**同意摄影/录像和使用原创作品**

作为DYCD资助项目的参与者, 请注意, DYCD和纽约市、其签约供应商、授权代理人、与其合作的第三方组织或其他政府代表(统称为“授权方”)可能会不时出席项目活动和与项目服务相关的特别活动, 无论是在通常的节目地点还是在场外活动中。在某些情况下, 他们可能会拍摄、录像、采访或以其他方式记录这些节目中的参与者及其家人和朋友。由此产生的图像、视频和采访可以在印刷资料和电子媒体中使用, 如宣传册、书籍、印刷和电子邮件通讯、DVD和视频、网站、社交媒体和博客(统称为“媒体”), 并不一定会注明参与者的名字。我特此授权并允许被授权方在DYCD资助的项目活动和特殊活动期间拍摄和/或记录我和我的孩子的图像、姓名、肖像以及我和我孩子的声音, 无需补偿, 也无需进一步批准。我特此同意使用由此产生的图像、视频和采访, 无补偿且未经授权方进一步批准, 仅用于非营利、非商业目的的任何及所有媒体。

是  否

如果在参加DYCD资助的项目活动和特别活动的过程中, 任何原创作品, 如艺术、音乐、编舞、诗歌或散文(统称为“原创作品”)是由我或我的孩子创作的, 我特此同意授权方将此类原创作品用于非营利目的, 任何及所有媒体的非商业目的, 无需补偿, 也无需进一步批准。

是  否

申请人全名: \_\_\_\_\_  
家长/监护人楷体姓名: \_\_\_\_\_  
家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**同意转介和分享信息**

纽约市青年和社区部 (DYCD) 投资于项目和服务, 以帮助我们的社区和生活在这里的人们。我们希望确保您了解他们, 并使您能够轻松申请。为什么我们需要您的许可:

有了它, 我们可以:

- 向您发送您可以申请的DYCD资助项目和服务的信息, 以及
- 每次申请时, 共享DYCD参与者申请中的信息。

我们共享的内容: 我们只会提供信息来证明您符合资格或帮助您注册DYCD资助的项目。

谁能看到您的信息以及我们如何保护它

只有经授权的DYCD和受资助的项目工作人员才能看到您的信息。我们不与其他人分享, 除了以下情况:

- 决定您是否有资格获得服务
- 为您注册计划和服务, 以及
- 跟踪您收到的服务的结果

请阅读以下内容, 勾选其中一个框, 然后填写其余部分。

我理解DYCD为什么需要我的同意:

- 向我发送有关我可以申请的项目和服务的信息,
- 请向我介绍DYCD资助的项目, 和/或与我申请的项目共享我的DYCD参与者申请中的信息

是的, 我允许  不, 我不允许

申请人全名: \_\_\_\_\_  
家长/监护人楷体姓名: \_\_\_\_\_  
家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**家长/监护人同意收集和共享学生信息**

青年和社区发展部 (DYCD) 为该项目提供资金，作为其使命的一部分，帮助您帮助孩子充分发挥其潜力。我们的许多项目都是由社区组织运营的。我们致力于确保您和您的孩子获得最高质量的服务。DYCD 请求您允许我们收集我们所需有关您的孩子、他们的参与以及所提供服务质量的信息。

**DYCD 要求您孩子的学生记录中提供哪些信息？**

我们请求您允许纽约市教育局 (DOE) 与DYCD共享您孩子学生记录中的个人信息。我们希望收集的信息包括传记和入学信息（具体包括您孩子的姓名、地址、出生日期、学生身份证号码、年级、就读学校和转学、出院和毕业数据）；有关您孩子入学情况的数据（包括入学天数和缺勤天数）；和学习成绩数据（包括您孩子在州和国家考试中的成绩、获得的学分、成绩、晋升和保留状态以及健身计划分数）；以及与对您的孩子采取的任何纪律处分有关的数据（包括停职的次数和类型）。

我们要求在过去、现在和未来（即持续）都收集上述关于您孩子的信息。

我们还请求您允许DYCD与DOE工作人员共享我们在登记表上从您和/或您的孩子那里收集的信息。这些信息包括注册信息、学生的兴趣和挑战、报名项目类型和参加频率。这些信息将用于帮助学校和社区组织共同满足您和您孩子的需求。

**请在以下每一项陈述中勾选“是”或“否”：**

我理解为什么DYCD要求我允许访问我孩子的学生记录中列出的上述信息，同时我允许DOE持续与DYCD分享这些信息。

是的，我允许

不，我不允许

我理解为什么DYCD要求我允许与DOE工作人员和我分享DYCD收集的关于我孩子的信息，我允许DYCD持续与DOE共享信息。

是的，我允许

不，我不允许

申请人全名： \_\_\_\_\_

家长/监护人楷体姓名： \_\_\_\_\_

家长/监护人签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**同意参与**

据我所知，我输入的信息是真实的。我同意对其验证，并理解伪造信息可能是终止服务的理由。纽约市可以使用信息来改善城市服务并获得这些服务以及额外资金。

家长/监护人楷体姓名： \_\_\_\_\_ 家长/监护人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

家长/监护人电话： \_\_\_\_\_ 家长/监护人电子邮件： \_\_\_\_\_