

¡Bienvenido al Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD por sus siglas en inglés)! El siguiente formulario le permitirá a usted o a su hijo aplicar para un programa del DYCD. Se aceptará solo un formulario por persona por centro. El envío del formulario no garantiza la elegibilidad o la inscripción en el programa. Es posible que se requiera más documentación e información para determinar su elegibilidad para participar en el programa. Si es aceptado, el programa no tendrá costo alguno para el participante. La información en el formulario se recopila con fines informativos y únicamente para la planificación del programa: *Género, Raza, Etnia, Idioma, Tipo de Población y Estatus del Seguro de Salud*. Las respuestas a estas preguntas no afectarán su estatus al recibir beneficios o servicios y no se divulgarán sin el permiso del solicitante fuera del DYCD. *Sus Ingresos, la Información sobre su Hogar y su nivel Educativo/ estatus Laboral* solo afectarán su elegibilidad para ciertos programas.

Parte I: Información del Solicitante

Para los fines de este formulario, *solicitante* se refiere a la persona que solicita recibir los servicios. Por favor, seleccione uno:

- Estoy llenando este formulario para mí Soy un padre, madre o tutor legal que llena este formulario para mi hijo Soy un familiar/no familiar, que llena este formulario a nombre del solicitante

Nombre del Solicitante:		Apellido del Solicitante:		Inicial Segundo Nombre:		Fecha Nacimiento del Solicitante (DD/MM/AÑO):	
Dirección Principal del Solicitante (Número y Calle):						Número Apto. Solicitante:	
Ciudad del Apicante:				Código Postal:			
Genero del Solicitante al Nacer (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X (ni masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> No está seguro		Identidad de Género del Solicitante (Seleccione todas las que Correspondan) Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-Binario (ni Femenino ni Masculino) <input type="checkbox"/> Género No Conforme <input type="checkbox"/> Dos Espíritus (Nativo Americano/Naciones Indígenas) <input type="checkbox"/> Otro Género: _____ <input type="checkbox"/> No está Seguro <input type="checkbox"/> No entiende la pregunta <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder		¿Se identifica el solicitante como transgénero? (Seleccione uno) Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está Seguro <input type="checkbox"/> No entiende la pregunta <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder			
Pronombre de Género del Solicitante (Seleccione uno) Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro Pronombre: _____ <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder				Orientación Sexual del Solicitante Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> En duda <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Otra Orientación Sexual: _____ <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder			

Raza del Solicitante (Seleccione todas la que correspondan): <input type="checkbox"/> Nativo Americano y Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Medio Oriente/Norte de África <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro: _____		Etnia del Solicitante (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino																																																																						
¿Qué tan bien habla el solicitante inglés? (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Fluido/Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada Bien <input type="checkbox"/> Mal	Lengua Materna del Solicitante (Seleccione Uno): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td><input type="checkbox"/> Albano</td> <td><input type="checkbox"/> Árabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengalí</td> <td><input type="checkbox"/> Chino*</td> <td><input type="checkbox"/> Frances</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fulani</td> <td><input type="checkbox"/> Alemán</td> <td><input type="checkbox"/> Gujarati</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Criollo Haitiano</td> <td><input type="checkbox"/> Hebreo</td> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Húngaro</td> <td><input type="checkbox"/> Italiano</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba</td> <td><input type="checkbox"/> Mande</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punjabi</td> <td><input type="checkbox"/> Persa</td> <td><input type="checkbox"/> Polaco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> <td><input type="checkbox"/> Rumano</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> Tagalo</td> <td><input type="checkbox"/> Turco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Yidish</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albano	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Frances	<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba	<input type="checkbox"/> Mande	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yidish	<input type="checkbox"/> Otro: _____			Otros Idiomas que Habla el Solicitante (Seleccione todos los que correspondan): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td><input type="checkbox"/> Albano</td> <td><input type="checkbox"/> Árabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengalí</td> <td><input type="checkbox"/> Chino*</td> <td><input type="checkbox"/> Frances</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fulani</td> <td><input type="checkbox"/> Alemán</td> <td><input type="checkbox"/> Gujarati</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Criollo Haitiano</td> <td><input type="checkbox"/> Hebreo</td> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Húngaro</td> <td><input type="checkbox"/> Italiano</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba</td> <td><input type="checkbox"/> Mande</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punjabi</td> <td><input type="checkbox"/> Persa</td> <td><input type="checkbox"/> Polaco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> <td><input type="checkbox"/> Rumano</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> Tagalo</td> <td><input type="checkbox"/> Turco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Yidish</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> No aplica (el solicitante solo habla un idioma)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albano	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Frances	<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba	<input type="checkbox"/> Mande	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yidish	<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> No aplica (el solicitante solo habla un idioma)		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albano	<input type="checkbox"/> Árabe																																																																						
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Frances																																																																						
<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujarati																																																																						
<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindú																																																																						
<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés																																																																						
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba	<input type="checkbox"/> Mande																																																																						
<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco																																																																						
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso																																																																						
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Turco																																																																						
<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yidish																																																																						
<input type="checkbox"/> Otro: _____																																																																								
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albano	<input type="checkbox"/> Árabe																																																																						
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Frances																																																																						
<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujarati																																																																						
<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindú																																																																						
<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés																																																																						
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo, o Yoruba	<input type="checkbox"/> Mande																																																																						
<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco																																																																						
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso																																																																						
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Turco																																																																						
<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yidish																																																																						
<input type="checkbox"/> Otro: _____																																																																								
<input type="checkbox"/> No aplica (el solicitante solo habla un idioma)																																																																								
¿Le gustaría al solicitante recibir información / ser contactado para registrarse para votar?* (Seleccione Una Opción): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>*El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de los Estados Unidos si: 1) es ciudadano de los Estados Unidos; 2) Cumple con los requisitos de residencia de su estado; 3) Tienes 18 años. Algunos estados permiten que los jóvenes de 17 años voten en las primarias y/o se inscriban para votar si cumplen 18 años antes de las elecciones generales. Verifique los requisitos de edad en el registro de votantes de su estado.</small>	Al solicitante se le puede considerar como: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td>¿Un individuo con una discapacidad?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</td> </tr> <tr> <td>¿Padre/madre/tutor legal?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Delincuente/involucrado en asuntos legales?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Participante de hogar sustituto?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Joven que ha huido del hogar?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Veterano?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Personal militar activo?</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		¿Un individuo con una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	¿Padre/madre/tutor legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Delincuente/involucrado en asuntos legales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Participante de hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Joven que ha huido del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Personal militar activo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el solicitante es una persona con una discapacidad, seleccione el (los) tipo(s) de discapacidad (es) (seleccione todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Trastorno Cognitivo <input type="checkbox"/> Relacionado con la Audición <input type="checkbox"/> Problema de Aprendizaje <input type="checkbox"/> Mental o Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Condición de Salud Física/Crónica <input type="checkbox"/> Discapacidad de Movilidad/Física <input type="checkbox"/> Relacionado con la Visión <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder																																																							
¿Un individuo con una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder																																																																							
¿Padre/madre/tutor legal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																							
¿Delincuente/involucrado en asuntos legales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																							
¿Participante de hogar sustituto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																							
¿Joven que ha huido del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																							
¿Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																							
¿Personal militar activo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																							

Parte II: Información de Contacto del Solicitante (o Padre/Madre/Tutor Legal)

La siguiente información de contacto es del solicitante La siguiente información de contacto es del padre/madre/tutor legal

#1 Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	#2 Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección de Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> No cuenta con correo electrónico		Método de su Preferencia para ser Contactado: <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Teléfono Casa <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo de los Estados Unidos	

Parte III: Información de Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono Principal del Contacto de Emergencia:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección de Correo Electrónico del Contacto de Emergencia: <input type="checkbox"/> No cuenta con correo electrónico	Relación del Contacto de Emergencia con el Solicitante: <input type="checkbox"/> El contacto de emergencia es el padre/madre/tutor legal del solicitante	

Parte IV: Nivel Educativo/ Estatus Laboral del Solicitante

Tipo de Escuela del Solicitante (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo*** <input type="checkbox"/> Estudiante de Medio Tiempo*** <input type="checkbox"/> No Asiste a la Escuela****	**Si el solicitante es un <i>Estudiante de Medio Tiempo</i> o un <i>Estudiante de Tiempo Completo</i>: Por favor seleccione el grado actual del solicitante (Seleccione uno): ***Si el solicitante no asiste a la escuela: Por favor seleccione el último grado completado por el solicitante (seleccione uno):							
	Escuela Primaria	<input type="checkbox"/> Pre-K	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 1 ^o	<input type="checkbox"/> 2 ^o	<input type="checkbox"/> 3 ^o	<input type="checkbox"/> 4 ^o	<input type="checkbox"/> 5 ^o
	Escuela Media	<input type="checkbox"/> 6 ^{to}	<input type="checkbox"/> 7 ^{mo}	<input type="checkbox"/> 8 ^{vo}				
	Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> 9 ^{no}	<input type="checkbox"/> 10 ^{mo}	<input type="checkbox"/> 11 ^{mo}	<input type="checkbox"/> 12 ^{do}	<input type="checkbox"/> Obtuvo el Diploma de Secundaria	<input type="checkbox"/> Obtuvo Equivalencia de la Escuela Secundaria	
	Instituto de Enseñanza Superior	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} año	<input type="checkbox"/> 2 ^{do} año	<input type="checkbox"/> 3 ^{er} año	<input type="checkbox"/> 4 ^{to} año+	<input type="checkbox"/> Obtuvo Diploma de Técnico		
	Escuela de Formación Profesional	<input type="checkbox"/> Obtuvo algunos créditos de escuela de formación profesional, pero no ha obtenido un certificado o título <input type="checkbox"/> Obtuvo un certificado o título de la escuela de formación profesional						
	Universidad	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} año	<input type="checkbox"/> 2 ^{do} año	<input type="checkbox"/> 3 ^{er} año	<input type="checkbox"/> Último Año	<input type="checkbox"/> Obtuvo Bachillerato Universitario		
	Maestría:	<input type="checkbox"/> Obtuvo algunos créditos de la Maestría, pero no la ha concluido						
		<input type="checkbox"/> Obtuvo la Maestría						
	Título de Posgrado	<input type="checkbox"/> Obtuvo algunos créditos del Título de Posgrado (p. ej. MD, DDS, DVM, LLB, JD), pero no lo ha concluido <input type="checkbox"/> Obtuvo el Título de Posgrado (p. ej. MD, DDS, DVM, LLB, JD)						
Doctorado:	<input type="checkbox"/> Obtuvo algunos créditos del Doctorado, pero no lo ha concluido <input type="checkbox"/> Obtuvo el Doctorado							
Otro	<input type="checkbox"/> Obtuvo un Título Extranjero	<input type="checkbox"/> Sin educación formal						
Estatus Laboral Actual del Solicitante (Seleccione Uno):		<input type="checkbox"/> Empleado de Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Empleado de Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Pensionado				
		<input type="checkbox"/> Desempleado (Corto Plazo, 6 meses o menos)	<input type="checkbox"/> Desempleado (Largo Plazo, 6 meses o más)	<input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral)				
		<input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas Migrantes Temporales	<input type="checkbox"/> No aplicable (el solicitante es menor de 14 años)					

Parte V: Información del Hogar

Para todas las siguientes preguntas, **HOGAR** se define como: cualquier individuo o grupo de individuos (familiares o no familiares) que viven juntos como una unidad económica. El **INGRESO** se define como el ingreso bruto anual total de todos los miembros familiares y no familiares de 18 años o más que viven en el hogar.

El solicitante vive en un hogar encabezado por (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Dos Adultos – Sin Niños <input type="checkbox"/> Persona Soltera – Sin Niños <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Familia Biparental <input type="checkbox"/> Hogar Multigeneracional <input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con niños <input type="checkbox"/> Otro: _____				Tipo de Vivienda del Solicitante (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> NYCHA (Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York) <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro tipo vivienda permanente <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
Número de Personas en el Hogar del Solicitante (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ocho <input type="checkbox"/> Nueve <input type="checkbox"/> Diez <input type="checkbox"/> Once <input type="checkbox"/> Doce <input type="checkbox"/> Trece <input type="checkbox"/> Catorce <input type="checkbox"/> Quince <input type="checkbox"/> Dieciséis <input type="checkbox"/> Diecisiete <input type="checkbox"/> Dieciocho <input type="checkbox"/> Diecinueve <input type="checkbox"/> Veinte+				Ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$1 a \$12.060 <input type="checkbox"/> \$12.061 a \$16.240 <input type="checkbox"/> \$16.241 a \$20.420 <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder <input type="checkbox"/> \$20.421 a \$24.600 <input type="checkbox"/> \$24.601 a \$28.780 <input type="checkbox"/> \$28.781 a \$32.960 <input type="checkbox"/> \$32.961 a \$37.140 <input checked="" type="checkbox"/> \$37.141 a \$41.320 <input type="checkbox"/> \$41.321 a \$50.000 <input type="checkbox"/> \$50.001 a \$60.000 <input type="checkbox"/> \$60.001 a \$70.000 <input type="checkbox"/> \$70.001 a \$80.000 <input type="checkbox"/> \$80.001 a \$90.000 <input type="checkbox"/> \$90.001 a \$100.000 <input type="checkbox"/> \$100.000+			
Fuentes del ingreso del hogar del solicitante: (Seleccione todas las que Correspondan):							
<input type="checkbox"/> Salarios por Empleo	<input type="checkbox"/> Subvención de la Ley de Cuidado de Salud Asequible	<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia u otro Apoyo Conyugal	<input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos	<input type="checkbox"/> Vale para Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC)	<input type="checkbox"/> Crédito Tributario de Empleo	
<input type="checkbox"/> Asistencia General	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Alquileres	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos	<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Apoyo de Vivienda Permanente	<input type="checkbox"/> Seguro Privado por Discapacidad	
<input type="checkbox"/> Vivienda Social	<input type="checkbox"/> Red de Protección Social/Asistencia Económica	<input type="checkbox"/> Ingresos de Pensión por el Seguro Social	<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Pensión por Discapacidad No Relacionada con Asuntos de los Veterano	<input type="checkbox"/> Compensación por Discapacidad Relacionada con Asuntos de Veteranos	<input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	

Parte VI: Estatus del Seguro de Salud del Solicitante

¿Cuenta el solicitante con un seguro de salud? (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro de salud tiene el solicitante? (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Asistencia Médica para Militares <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Cobertura por medio del Empleo <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Adultos <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder
Si no cuenta con un seguro de salud, ¿quiere que alguien se comunique con usted para que le brinde información sobre cómo inscribirse en un seguro de salud público? (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	Si desea que lo contactemos para infórmale acerca de cómo inscribirse en un seguro de salud público, ¿a través de que método prefiere que lo contactemos? (Seleccione uno): <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Por medio de un Proveedor <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder

El Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario de la ciudad de Nueva York invierte en una red de organizaciones y programas comunitarios para disminuir los efectos de la pobreza y ofrecer oportunidades para que los residentes de Nueva York y las comunidades prosperen.

Solo para uso oficial (For Office Use Only)	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



Admisión universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos

¡Bienvenido al Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés)! El DYCD es un departamento de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. Estos programas son dirigidos por organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés). El presente formulario le permitirá a usted o a su hijo solicitar la participación en el Sistema Integral Extracurricular (COMPASS, por sus siglas en inglés) o en un programa Beacon o Cornerstone para jóvenes o adultos. Llene este formulario por completo y entréguelo a la CBO que dirige el programa. Se aceptará solo una solicitud por persona por cada lugar. **La presentación de la solicitud no garantiza la inscripción al programa.** Es posible que se exijan otros documentos e información para determinar la elegibilidad para el programa. Si se acepta la solicitud, el programa **no tendrá ningún costo** para el participante. Los siguientes datos de la solicitud se recopilan con fines exclusivamente informativos y de planificación del programa: *ingresos, género, raza, etnia, idioma, tipo de población, información sobre el hogar y situación de seguro médico.* Las respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir nuestros servicios y no se compartirán fuera del DYCD sin el permiso del solicitante.

Parte I: Información del solicitante

El solicitante vive en un complejo de NYCHA (proporcione el nombre) _____

Obligatorio para alumnos de tiempo completo

Id./OSIS del alumno:

Tipo de escuela

Pública Subvencionada Privada Otra _____

Nombre de la escuela:

Dirección de la escuela:

Ciudad:

Código postal:

Parte II: Información de contacto

Información de contacto del solicitante

Si no posee información de contacto del joven, pase a la siguiente sección y proporcione la información de contacto de su padre, madre o tutor

Escriba los números de teléfono del **solicitante** y encierre en un círculo la vía de contacto de preferencia:

Casa _____

Móvil _____

Trabajo _____

Correo electrónico _____

No poseo correo electrónico

Información del padre, madre o tutor
Esta sección es obligatoria para los solicitantes menores de 18 años

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:
 Casa _____ Móvil _____
 Trabajo _____ Correo electrónico _____ No poseo correo electrónico

Dirección: <input type="checkbox"/> La misma que la del participante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	----------------	----------------	-----------------------

Información del contacto de emergencia
Se debe identificar a al menos un contacto de emergencia

1	Contacto de urgencia n.º 1:	Relación con el participante: <input type="checkbox"/> El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del participante		
	Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia: <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Móvil _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No poseo correo			
	Dirección: <input type="checkbox"/> La misma que la del participante	Ciudad:	Estado:	Código postal:

2	Contacto de urgencia n.º 2:	Relación con el participante: <input type="checkbox"/> El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del		
	Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia: <input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Móvil _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No poseo correo			
	Dirección: <input type="checkbox"/> La misma que la del participante	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Esta sección es para los padres o tutores que inscriben a sus hijos

*Los contactos de urgencia identificados en la Sección II tienen autorización para recoger al niño a menos que se exprese lo contrario. Autorizo a las siguientes personas **adicionales** a recoger a mi hijo:*

Nombre:	Número de teléfono:	Relación
Nombre:	Número de teléfono:	Relación
Nombre:	Número de teléfono:	Relación

Las siguientes personas **NO PUEDEN** recoger a mi hijo:

Nombre:	Nombre:	Nombre:
----------------	----------------	----------------

Obligatorio para alumnos de tiempo completo

Id./OSIS del alumno:	Tipo de escuela <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Subvencionada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra _____	
Nombre de la escuela:		
Dirección de la escuela:	Ciudad:	Código postal:

Parte III: Información de salud

Información de salud del solicitante

Responda las preguntas que figuran a continuación y brinde información adicional en el espacio proporcionado. El programa puede adaptarse a muchas necesidades o problemas de salud a fin de no limitar la inscripción.

¿Tiene el solicitante alguna alergia? (A alimentos, medicación, etc.).

No Sí _____

¿Tiene el solicitante asma?

No Sí _____

¿Requiere el solicitante alguna atención médica especial?

No Sí _____

¿Toma el solicitante medicación por alguna afección o enfermedad?

No Sí _____

¿Existen actividades en las que el solicitante no pueda participar?

No Sí _____

Brinde la información de salud adicional que resulte necesaria:

No corresponde

Enumere la(s) adaptación(es) que solicita para usted o el solicitante:

No corresponde

Parte IV: Consentimientos y firmas

Información para la salida y para recoger al niño

Los padres o tutores que inscriban a sus hijos deben responder esta pregunta

Mi hijo tiene permiso para regresar a casa solo a la salida: Sí No

Consentimiento para la participación

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y comprendo que su falsificación puede provocar la cancelación del servicio. La ciudad de Nueva York puede utilizar la información proporcionada para mejorar los servicios de la ciudad y el acceso a ellos, así como para acceder a un financiamiento complementario.

Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y que poseo autorización para brindar mi consentimiento. Sí No

Firma del participante

Participante: Nombre en imprenta

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Firma del padre, madre o tutor

Padre, madre o tutor: Nombre en
imprenta

Fecha

Consentimiento para el tratamiento médico de urgencia

Si el participante tiene 18 años o más

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por el DYCD. En caso de urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de urgencia. Además autorizo la comunicación con el (los) contacto(s) de urgencia mencionados.

Sí, doy mi permiso

No, no doy mi permiso

Firma del participante

Participante: Nombre en imprenta

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento para recibir el tratamiento médico de urgencia necesario para mi hijo, comprendiendo que me notificarán lo antes posible. Comprendo que harán todo lo posible por contactarme o, si no estoy disponible, que se comunicarán con el contacto de urgencia, antes y después de que se preste la atención médica.

Sí, doy mi permiso **Sí, doy mi permiso**

Firma del padre, madre o tutor

Padre, madre o tutor: Nombre en
imprenta

Fecha

Consentimiento para la toma de fotografías y videofilmación, y para el uso de obras originales

Como participante inscrito en un programa financiado por el DYCD, tenga en cuenta que ocasionalmente el DYCD y la ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones externas con las que colabora y otros representantes gubernamentales (en conjunto, las “Partes Autorizadas”) pueden estar presentes durante las actividades y eventos especiales del programa relacionados con los servicios del programa, tanto en la ubicación donde se desarrolla el programa habitualmente como en los eventos realizados en otros sitios. En algunos casos, es posible que fotografíen, filmen, entrevisten o registren de algún otro modo a los participantes y a sus familias y amigos durante el transcurso de estos programas. Las imágenes, videos y entrevistas resultantes pueden ser utilizados, con o sin el nombre del participante, en medios impresos o electrónicos, como folletos, libros, boletines impresos o electrónicos, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (en conjunto, los “Medios”).

Por el presente permito y autorizo a las Partes Autorizadas, sin compensación y sin más consentimiento, a fotografiar o registrar la imagen, el nombre y el aspecto míos y de mi hijo, así como el sonido de mi voz y de la de mi hijo, durante las actividades y los eventos especiales del programa financiado por el DYCD, y consiento, sin compensación y sin más consentimiento, a que las Partes Autorizadas utilicen las imágenes, videos y entrevistas resultantes exclusivamente sin fines de lucro y sin fines comerciales en cualquier Medio.

Sí No

Si durante el curso de la participación en las actividades y eventos especiales del programa financiado por el DYCD mi hijo o yo creamos alguna obra original, como arte, música, coreografía, poesía o prosa (en conjunto, la “Obra Original”), por el presente doy mi consentimiento a que las Partes Autorizadas, sin compensación y sin más consentimiento, utilicen dicha Obra Original exclusivamente sin fines de lucro y sin fines comerciales en cualquier Medio.

Sí No

Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y que poseo autorización para brindar mi consentimiento.

Sí No

Nombre completo del participante

Firma del participante

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Nombre completo del participante

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Consentimiento del padre, madre o tutor a la recopilación y divulgación de información del alumno

El **Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés)** proporciona financiamiento para este programa como parte de su misión para asistirlo en la tarea de ayudar a su hijo a desarrollar todo su potencial. Muchos de nuestros programas son ejecutados por organizaciones comunitarias. Trabajamos para garantizar que los servicios que usted y su hijo reciban sean de la mayor calidad posible. El DYCD le solicita su permiso para que podamos recopilar información que necesitamos sobre su hijo, la participación y la calidad de los servicios prestados.

¿Qué información de los registros estudiantiles solicita el DYCD?

Le solicitamos su permiso para que el **Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE, por sus siglas en inglés)** comparta con el DYCD información de identidad personal de los registros estudiantiles de su hijo. La información que deseamos recopilar consiste en datos biográficos y de inscripción (específicamente, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del alumno, grado, escuelas a las que asistió y cambios de escuela, alta y graduación de su hijo); información sobre la asistencia de su hijo a la escuela (incluida la cantidad de asistencias y ausencias); información sobre el rendimiento académico (incluidos los resultados que obtuvo su hijo en exámenes estatales y nacionales, los créditos obtenidos, las calificaciones, su situación de promoción y mantenimiento, y su puntaje Fitnessgram); e información relativa a cualquier medida disciplinaria que su hijo haya recibido (incluida la cantidad y el tipo de suspensiones).

Le solicitamos recopilar la información antes mencionada sobre su hijo correspondiente al pasado, presente y futuro (es decir, de forma permanente).

También le solicitamos su permiso para que el DYCD pueda compartir la información sobre la inscripción que recopilamos de usted o de su hijo con el personal del DOE. La información incluye datos de registro, intereses y desafíos del alumno, tipo de programa en el que está inscrito y frecuencia de participación. Esta información se utilizará para ayudar a la escuela y a la organización comunitaria a trabajar en conjunto para satisfacer las necesidades suyas y de su hijo.

¿Quién verá la información de mi hijo y cómo se protegerá?

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo son el personal del DYCD y del DOE que administra los sistemas de datos y prepara los informes de investigación y los análisis de programas. Los pocos empleados del DYCD designados para recibir información personal están sujetos a un estricto control y reciben una exhaustiva capacitación para respetar estrictas pautas de protección de la confidencialidad de la información a través de la cual se podría identificar a usted o a su hijo. La información personal de identificación recopilada a partir de los registros estudiantiles solo será compartida de forma electrónica entre el DOE y el DYCD, y será asegurada y protegida en la base de datos del DYCD. La información de identidad personal no se compartirá con ninguna organización comunitaria ni con su personal. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Si bien solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las preguntas que figuran a continuación no afectarán la participación de su hijo en los programas patrocinados por el DYCD.

Marque Sí o No en cada uno de los siguientes enunciados:

Comprendo por qué el DYCD me solicita permiso para acceder a la información antes mencionada de los registros estudiantiles de mi hijo y doy mi permiso al DOE para que comparta esa información con el DYCD de forma permanente.

Sí, doy mi permiso **No, no doy mi permiso**

Comprendo por qué el DYCD me solicita permiso para compartir con el personal del DOE la información sobre mi hijo recopilada por el DYCD y doy mi permiso al DYCD para que comparta información con el DOE de forma permanente.

Sí, doy mi permiso **No, no doy mi permiso**

Nombre del alumno o solicitante: _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre, madre o tutor adicional (*opcional*): _____

Firma del padre, madre o tutor adicional (*opcional*): _____



Agency: _____
School: _____

Parent Consent for Participation in Program Evaluation Data Collection

Purpose

Your child is enrolled in a program that is supported by the Department of Youth and Community Development (DYCD). American Institutes for Research (AIR) is doing a study of the programs that are funded by DYCD. In order to monitor the effectiveness of these programs and ensure their future success, DYCD, and its evaluation partner AIR, are **collecting information about participants and their experiences in youth programs**. This project has been approved by the Department of Education (DOE). AIR will visit some of the programs and survey its staff as well as youth and their families to learn more about DYCD programs and how they can be improved.

Procedures

We ask permission from parents to conduct the following study activities:

- Administer **10-minute surveys** to youth asking about the DYCD program in which they participate and their perceptions of youth leadership development in the program
- Invite youth to attend a **1-hour focus group and/or interview** about the DYCD program in which they participate, focused on their experience in the program and their perceptions of youth leadership development
- Review youth **DYCD program records**, focused on their activity participation, enrollment dates, attendance, and demographic information

AIR may also collect and analyze your child's school records from **New York City Department of Education**, including demographic data, school day attendance, disciplinary referrals, grade promotion, and academic performance data (e.g., test scores and grades). These data are anonymous and completely confidential. The data will be combined to the school-level and we will not be able to link this school information to individual youth or their families.

Risks/Benefits

The risks involved in participating in this research are those individuals may normally experience when discussing their program experiences. There are no direct benefits to your child from participation, but they may benefit from having the chance to think critically about their program experiences and leadership development. The results of this research project will be used to inform future implementations of programs at DYCD and may expand on currently available research related to youth development leadership.

Confidentiality

Members of the AIR evaluation team will have access to your child's information. All information we collect will be used only to assess the DYCD program and will not be made public. **We will not use your name or your child's name in any report, and your child's information will not be used or distributed for future research studies.**

TURN THE PAGE TO COMPLETE AND SIGN →

Parent Consent for Participation in Program Evaluation Data Collection

Voluntary Participation

Participation in this study is voluntary. Even if you decide to allow your child to participate, your child is free not to answer any question or to withdraw from participation at any time without penalty. **Choosing not to participate in the evaluation will not affect your child in school, in the DYCD program, or in any other way.**

Contacts and Questions

Please contact Jessica Newman by phone (312-588-7341) or email (jnewman@air.org) with questions about the study.

If you have concerns or questions about your child's rights as a participant, please contact AIR's Institutional Review Board (which is responsible for the protection of project participants) at IRB@air.org, toll free at 1-800-634-0797, or c/o IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007.

Statement of Consent

Review the options below and check the boxes where you agree:

Yes, I GIVE PERMISSION FOR MY CHILD, _____, TO PARTICIPATE in the following:

- My child CAN complete AIR surveys about youth leadership development.*
- My child CAN attend focus groups and interviews about their experience in the program and their perceptions of youth leadership development.*
- My child's DYCD program records CAN be shared with AIR.*
- My child's school records CAN be shared with AIR.*
- No, I DO NOT WANT MY CHILD, _____, TO PARTICIPATE IN THE AIR DATA COLLECTION ACTIVITIES.*
- I would like to receive SMS text message updates about the evaluation of DYCD afterschool programs. AIR can send me text messages for future voluntary surveys. I understand that standard messaging may apply, and I can cancel at any time.*

Signature

Date

Consent for Audio Recording

If you gave your child permission to participate in focus groups and interviews, AIR researchers may record the youth focus group and interviews for note-taking purposes. If you allow AIR to record the focus group and interviews, please sign below. No one outside of the AIR evaluation team will hear the recording, and the recording will be deleted when the study is concluded. Youth can request to have the recorder turned off at any point.

- Yes, I allow my child to be audio-recorded in the focus groups and interviews.*
- No, I do not allow my child to be audio-record in the focus groups and interviews.*

Signature

Date

If you have any questions or concerns about the evaluation, please contact Jessica Newman, the project director at AIR, at (312) 588-7341 or by email at jnewman@air.org. If you have questions about DYCD programs, visit DYCD Youth Connect <http://www1.nyc.gov/site/dycd/connected/youth-connect.page> or call by phone at 1-800-246-4646.