

Usage interne uniquement (For Office Use Only)	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information :	



Admission Universelle des Participants au DYCD : Candidature pour jeunes & adultes

Bienvenue au Département de la Jeunesse et du Développement Communautaire (DYCD) ! DYCD est une agence de New York qui finance des programmes pour les jeunes et les familles. Ces programmes sont gérés par des organisations à base communautaire (CBOs). Ce formulaire vous permettra, à vous ou à votre enfant, de postuler à un programme pour jeunes ou pour adultes au système DYCD post-scolaire complet (COMPASS), Beacon ou Cornerstone. Veuillez remplir ce formulaire entièrement et le renvoyer à la CBO qui gère le programme. Il sera accepté une candidature par personne et par site. **La soumission d'une candidature ne garantit pas l'inscription au programme.** D'autres documents et informations peuvent être requis pour déterminer l'admissibilité au programme. Dans le cas où la demande est acceptée, il n'y aura **aucun frais** pour le participant. Les éléments de candidature suivants sont recueillis uniquement à des fins d'information et de planification du programme : *Revenu, sexe, race, origine ethnique, langue, type de population, information sur le ménage et statut de l'assurance maladie.*

Les réponses à ces questions n'auront aucune incidence sur votre admissibilité aux services et ne seront pas partagées en dehors de DYCD sans la permission du postulant.

Partie I : Renseignements sur le postulant

Aux fins de cette candidature, le *postulant* fait référence à la personne qui demande à recevoir des services. Sélectionnez-en un :

- Je complète cette demande pour moi-même
 Je suis un parent ou un tuteur et complète cette demande pour mon enfant
 Je suis un parent / non-parent, et complète cette demande au nom du postulant

Prénom du candidat :	Nom de famille du candidat :	MI :
Date de naissance du candidat (MM/JJ/ANNÉE) :		
Sexe du candidat (Sélectionnez-en un) :	Race du candidat (Sélectionnez tout ce qui s'applique) :	Appartenance ethnique du candidat (Sélectionnez-en une) :
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Genre non conforme	<input type="checkbox"/> Amérindien(ne) ou autochtone de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir(e) ou Afro-Américain(e) <input type="checkbox"/> Autochtone de Hawaï et autre insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc(he) ou caucasien(ne) <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Hispanique ou latino <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino
Adresse principale du candidat (<i>numéro et rue</i>) :		Appt. Numéro :
Ville :		Code postal :
<input type="checkbox"/> Le candidat vit dans un lotissement NYCHA (New York City Housing Authority) (veuillez indiquer le nom) _____		

Partie II : Coordonnées

Coordonnées du candidat :

Pour les jeunes sans coordonnées personnelles, passez à la section suivante afin de fournir celles du parent / tuteur

Notez les numéros de téléphone pour le candidat et entourez le moyen de contact préféré :

- Domicile _____ Téléphone portable _____
 Travail _____ E-mail _____ Pas d'e-mail

Informations concernant le parent / tuteur

Cette section est obligatoire pour les candidats de moins de 18 ans

Nom du parent / tuteur : _____

Notez tous les numéros de téléphone et entourez le premier numéro à appeler en cas d'urgence :

- Domicile _____ Téléphone portable _____
 Travail _____ E-mail _____ Pas d'e-mail

Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à celle du candidat	Ville :	État :	Code postal :
--	----------------	---------------	----------------------

A contacter en cas d'urgence

Au moins un contact d'urgence doit être identifié

1	Contact en cas d'urgence #1 Nom :	Lien de parenté avec le participant : <input type="checkbox"/> Le contact d'urgence est le parent / tuteur du participant		
	Notez tous les numéros de téléphone et entourez le premier numéro à appeler en cas d'urgence :			
	<input type="checkbox"/> Domicile _____ <input type="checkbox"/> Téléphone portable _____ <input type="checkbox"/> Travail _____ <input type="checkbox"/> E-mail _____ <input type="checkbox"/> Pas d'e-mail			
	Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à celle du candidat	Ville :	État :	Code postal :
2	Contact en cas d'urgence #2 Nom :	Lien de parenté avec le participant : <input type="checkbox"/> Le contact d'urgence est le parent / tuteur du participant		
	Notez tous les numéros de téléphone et entourez le premier numéro à appeler en cas d'urgence :			
	<input type="checkbox"/> Domicile _____ <input type="checkbox"/> Téléphone portable _____ <input type="checkbox"/> Travail _____ <input type="checkbox"/> E-mail _____ <input type="checkbox"/> Pas d'e-mail			
	Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à celle du candidat	Ville :	État :	Code postal :

Cette section est pour les parents / tuteurs qui inscrivent leurs enfants

Les contacts d'urgence énumérés à la section II sont autorisés à venir chercher l'enfant, sauf indication contraire.

Les personnes suivantes supplémentaires sont autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom : _____ **Numéro de téléphone :** _____ **Relation :** _____

Nom : _____ **Numéro de téléphone :** _____ **Relation :** _____

Nom : _____ **Numéro de téléphone :** _____ **Relation :** _____

Les personnes suivantes **NE SONT PAS AUTORISÉES à venir chercher mon enfant :**

Nom : _____ **Nom :** _____ **Nom :** _____

Partie III : Formation / statut professionnel du candidat

Situation de la formation du demandeur (Sélectionnez-en un) :

- Étudiant à plein temps*** Étudiant à mi-temps*** Non scolarisé****

***Si le demandeur est un *étudiant à mi-temps* ou un *étudiant à plein temps* : **Sélectionnez le niveau scolaire actuel du demandeur** (Sélectionnez-en un) :

****Si le demandeur *n'est pas scolarisé* : **Sélectionnez le dernier niveau de scolarité terminé par le demandeur**

(Sélectionnez-en un) :

École primaire : Pré-maternelle Maternelle 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

Second degré : 6^{ème} 7^{ème} 8^{ème}

Lycée : 9^{ème} 10^{ème} 11^{ème} 12^{ème}

Centre universitaire : 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année 4^{ème} année 5^{ème} année 6^{ème} année+

École supérieure / Université : 1^{ère} année 2^{ème} année Junior Senior

Autre : Équivalence École Supérieure (HSE) École Professionnelle / Commerciale
 Diplôme étranger

Statut professionnel actuel du demandeur (Sélectionnez-en un) :

- Employé à plein temps
 Sans emploi (à court terme, 6 mois ou moins) Employé à temps partiel Retraité(e)
 Travailleur agricole saisonnier migrant Sans emploi (long terme, plus de 6 mois) Chômeur (inactif)
 Non pertinent (le demandeur a moins de 14 ans)

Exigé pour les étudiants à plein temps

N° étudiant / OSIS :

Type d'école :

- Publique Privée sous contrat Privée Autre _____

Nom de l'établissement scolaire :

Adresse de l'établissement scolaire :

Ville :

Code postal :

Partie IV : Informations sanitaires

Informations sur la santé du demandeur

Veillez répondre aux questions ci-dessous et fournir des détails supplémentaires dans l'espace prévu. De nombreux besoins ou défis sanitaires peuvent être pris en compte sans limiter l'inscription au programme.

Le demandeur a-t-il des allergies ? (nourriture, médicaments, etc.)

Non Oui _____

Le demandeur a-t-il de l'asthme ?

Non Oui _____

Le demandeur a-t-il des besoins particuliers en matière de soins de santé ?

Non Oui _____

Est-ce que le demandeur prend des médicaments pour une affection ou une maladie ?

Non Oui _____

Y a-t-il des activités auxquelles le demandeur ne peut pas participer ?

Non Oui _____

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire sur son état de santé :

N/A

Veillez indiquer tout hébergement que vous demandez pour vous-même / le demandeur :

N/A

Statut de l'assurance maladie du demandeur

Le demandeur a-t-il une assurance maladie ?

(Sélectionnez-en une) :

Oui Non
 Refuse de répondre

Si oui, quel type d'assurance maladie le demandeur a-t-il ?

(Cochez toutes les réponses pertinentes) :

Medicaid Medicare Programme d'assurance maladie publique pour enfants
 Basée sur l'emploi Achat direct Assurance maladie publique des enfants pour adultes
 Soins de santé militaires Refuse de répondre

Si vous n'avez pas d'assurance maladie, voulez-vous être contacté par quelqu'un d'autre avec des informations concernant l'inscription à l'assurance maladie publique ?

(Sélectionnez-en une) :

Oui Non Refuse de répondre

Si vous souhaitez être contacté pour vous inscrire à l'assurance maladie publique, quelle est votre moyen de contact préféré ? (Sélectionnez-en un) :

E-mail Téléphone Courrier Via le fournisseur
 Refuse de répondre

Partie V : Renseignements supplémentaires sur le demandeur

Quel est le niveau d'anglais du demandeur ?
(Sélectionnez-en un) :

- Courant / Très bon
 Bon
 Pas bon
 Pas bon du tout

Langue principale du demandeur (Sélectionnez-en une) :

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Albanais | <input type="checkbox"/> Arabe |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chinois* | <input type="checkbox"/> Français |
| <input type="checkbox"/> Fulani | <input type="checkbox"/> Allemand | <input type="checkbox"/> Gujarati |
| <input type="checkbox"/> Créole haïtien | <input type="checkbox"/> Hébreu | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Japonais |
| <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé |
| <input type="checkbox"/> Pendjabi | <input type="checkbox"/> Perse | <input type="checkbox"/> Polonais |
| <input type="checkbox"/> Portugais | <input type="checkbox"/> Roumain | <input type="checkbox"/> Russe |
| <input type="checkbox"/> Espagnol | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Turc |
| <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Vietnamien | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

**y compris le cantonais et le mandarin*

Autres langues parlées par le demandeur (Sélectionnez toutes celles qui sont pertinentes) :

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Albanais | <input type="checkbox"/> Arabe |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chinois* | <input type="checkbox"/> Français |
| <input type="checkbox"/> Fulani | <input type="checkbox"/> Allemand | <input type="checkbox"/> Gujarati |
| <input type="checkbox"/> Créole haïtien | <input type="checkbox"/> Hébreu | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Japonais |
| <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé |
| <input type="checkbox"/> Pendjabi | <input type="checkbox"/> Perse | <input type="checkbox"/> Polonais |
| <input type="checkbox"/> Portugais | <input type="checkbox"/> Roumain | <input type="checkbox"/> Russe |
| <input type="checkbox"/> Espagnol | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Turc |
| <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Vietnamien | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sans objet (le demandeur ne parle qu'une seule langue) | | |
- *y compris le cantonais et le mandarin*

Le candidat aimerait-il recevoir des informations / être contacté pour s'inscrire au vote ? (Sélectionnez une réponse) :

- Oui Non

**Le demandeur est éligible pour voter aux élections fédérales américaines si :

- 1) Vous êtes un citoyen américain ;
- 2) Vous répondez aux exigences de résidence de votre Etat ;
- 3) Vous avez 18 ans. Certains États permettent aux jeunes de 17 ans de voter aux primaires et / ou de s'inscrire pour voter s'ils auront 18 ans avant l'élection générale. Vérifiez les conditions d'âge de l'inscription de votre Etat.

Le demandeur est-il dans l'une des situations suivantes :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Parent / Tuteur légal ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Délinquant / Justice | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Impliqué ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Membre d'une famille d'accueil ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Jeune fugueur ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Vétéran ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Personnel militaire actif ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Une personne porteuse de handicap ? de répondre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Refuse |

Si le demandeur est une personne porteuse de handicap, veuillez sélectionner le(s) type(s) de handicap (Sélectionnez tout ce qui est pertinent) :

- Troubles cognitifs
 Lié à l'audition
 Troubles de l'apprentissage
 Mental ou psychiatrique
 Problèmes de santé physique / chroniques
 Troubles physiques / de mobilité
 Lié à la vision
 Autre : _____
 Refuse de répondre

Partie VI : Informations relatives au ménage

Pour l'ensemble de la prochaine série de questions, **MÉNAGE** est défini comme toute personne ou groupe d'individus (membres de la famille ou non) qui vivent ensemble en tant qu'unité économique. Le **REVENU** est défini comme le revenu annuel brut total de tous les membres de la famille et des personnes hors famille de 18 ans et plus vivant dans le ménage.

Le demandeur vit dans un ménage dirigé par

(Sélectionnez-en un) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Monoparental - Femme | <input type="checkbox"/> Deux adultes - Pas d'enfant |
| <input type="checkbox"/> Monoparental - Homme | <input type="checkbox"/> Ménage à deux parents |
| <input type="checkbox"/> Personne seule - Pas d'enfant | <input type="checkbox"/> Ménage multigénérationnel |
| <input type="checkbox"/> Adultes non apparentés aux enfants | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Type de logement du demandeur (Sélectionnez-en un) :

Type de logement du demandeur

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Location | <input type="checkbox"/> NYCHA |
| <input type="checkbox"/> Refuge | <input type="checkbox"/> Sans-abri | |
| <input type="checkbox"/> Autre logement permanent | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

Taille du ménage du demandeur

(Sélectionnez-en une) :

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un | <input type="checkbox"/> Deux | <input type="checkbox"/> Trois |
| <input type="checkbox"/> Quatre | <input type="checkbox"/> Cinq | <input type="checkbox"/> Six |
| <input type="checkbox"/> Sept | <input type="checkbox"/> Huit | <input type="checkbox"/> Neuf |
| <input type="checkbox"/> Dix | <input type="checkbox"/> Onze | <input type="checkbox"/> Douze |
| <input type="checkbox"/> Treize | <input type="checkbox"/> Quatorze | <input type="checkbox"/> Quinze |
| <input type="checkbox"/> Seize | <input type="checkbox"/> Dix-sept | <input type="checkbox"/> Dix-huit |
| <input type="checkbox"/> Dix-neuf | <input type="checkbox"/> Vingt+ | |

Revenu total du ménage au cours des 12 derniers mois

(Sélectionnez-en un) :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$0 | <input type="checkbox"/> \$1 à \$12,060 | <input type="checkbox"/> \$12,061 à \$16,240 |
| <input type="checkbox"/> \$16,241 à \$20,420 | <input type="checkbox"/> \$20,421 à \$24,600 | <input type="checkbox"/> \$24,601 à \$28,780 |
| <input type="checkbox"/> \$28,781 à \$32,960 | <input type="checkbox"/> \$32,961 à \$37,140 | <input type="checkbox"/> \$37,141 à \$41,320 |
| <input type="checkbox"/> \$41,321 à \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001 à \$60,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001 à \$70,000 |
| <input type="checkbox"/> \$70,001 à \$80,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001 à \$90,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001 à \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$100,000+ | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre | |

Sources du revenu du ménage du demandeur (Sélectionnez tout ce qui est pertinent) :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rémunération par l'emploi | <input type="checkbox"/> Subvention de la Affordable Care Act (Loi sur les soins abordables) | <input type="checkbox"/> Pension alimentaire ou autre pension alimentaire pour conjoint | <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfant |
| <input type="checkbox"/> Bon pour la garde d'enfants | <input type="checkbox"/> Crédit d'impôt sur le revenu gagné (EIC) | <input type="checkbox"/> Crédit d'impôt à l'emploi | <input type="checkbox"/> Assistance générale |
| <input type="checkbox"/> Bon pour un choix de logement | <input type="checkbox"/> HUD-VASH | <input type="checkbox"/> LIEHEAP | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> Logement supervisé permanent | <input type="checkbox"/> Assurance invalidité privée | <input type="checkbox"/> Logement social | <input type="checkbox"/> Filet de sécurité / Secours à domicile |
| <input type="checkbox"/> Revenu de retraite de la sécurité sociale | <input type="checkbox"/> Revenu d'invalidité de la sécurité sociale (SSDI) | <input type="checkbox"/> Revenu complémentaire de sécurité (RCS) | <input type="checkbox"/> Programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Assistance temporaire pour les familles dans le besoin (TANF) | <input type="checkbox"/> Assurance chômage | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité non liée à un service VA | <input type="checkbox"/> Compensation d'invalidité liée au service VA |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Indemnisation du travailleur | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Refuse de répondre

Partie VII : Consentements et signatures

Informations relatives au ramassage / renvoi

Les parents / tuteurs qui inscrivent leurs enfants doivent répondre à cette question

Mon enfant a la permission de rentrer seul à la maison au moment du renvoi :

Oui Non

Consentement à participer

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont vraies. J'accepte leur vérification et je comprends que la falsification peut être un motif de cessation de service. Les informations fournies peuvent être utilisées par la ville de New-York pour améliorer les services municipaux et l'accès à ces services ainsi que pour bénéficier d'un financement supplémentaire.

Si le participant est âgé de 18 ans et plus :

Je certifie que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

Oui Non

Signature du participant

Participant : Nom en lettres
majuscules

Date

Si le participant est âgé de moins de 18 ans :

Signature du parent / tuteur

Parent / Tuteur : Nom en lettres
majuscules

Date

Consentement pour traitement médical d'urgence

Si le participant est âgé de 18 ans et plus

Je suis inscrit en tant que participant à un programme financé par DYCD. En cas d'urgence médicale, je consens à ce que les soins médicaux d'urgence nécessaires soient obtenus en mon nom. Par ailleurs, j'autorise à contacter le(s) contact(s) d'urgence énumérés.

Oui, je donne ma permission **Non, je ne donne pas ma permission**

Signature du participant

Participant : Nom en lettres
majuscules

Date

Si le participant est âgé de moins de 18 ans :

Mon enfant est inscrit en tant que participant à un programme financé par DYCD. En cas d'urgence médicale, je donne mon consentement pour les soins médicaux d'urgence nécessaires à fournir à mon enfant, étant entendu que je serai informé le plus tôt possible. Je comprends que tout sera mis en œuvre pour me contacter ou, si je suis indisponible, pour contacter le(s) contact(s) d'urgence indiqué(s), avant et après les soins médicaux.

Oui, je donne ma permission **Non, je ne donne pas ma permission**

Signature du parent / tuteur

Parent / Tuteur : Nom en lettres
majuscules

Date

Consentement pour la photographie / l'enregistrement vidéo et utilisation de l'œuvre originale

En tant que participant inscrit à un programme financé par DYCD, veuillez noter que de temps en temps DYCD et la ville de New York, ses fournisseurs sous contrat, ses agents autorisés, les organisations tierces avec lesquelles elle collabore ou d'autres représentants du gouvernement (collectivement, « Parties autorisées ») peuvent être présents pendant les activités du programme et les événements spéciaux associés aux services du programme, tant à l'emplacement habituel du programme qu'à des événements hors site. Dans certains cas, ils peuvent photographier, filmer, interviewer ou enregistrer les participants et leurs familles et amis au cours de ces programmes. Les images, vidéos et entretiens qui en résultent peuvent être utilisés, avec ou sans le nom du participant, dans des médias imprimés et électroniques tels que des brochures, des livres, des bulletins imprimés et électroniques, des DVD et des vidéos, des sites Web, des médias sociaux et des blogs (collectivement, « Média »).

Par la présente, j'autorise et je permets aux Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, à photographier et / ou à enregistrer l'image, le nom, le portrait et le son de ma voix et de celle de mon enfant pendant les activités du programme et les événements spéciaux financés par DYCD et je consens, par la présente, à ce que les images, vidéos et entretiens qui en résultent soient utilisés, sans compensation et sans autre approbation par les Parties Autorisées, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

Oui Non

Si, lors de la participation à des activités du programme et des événements spéciaux financés par DYCD, des œuvres originales telles que l'art, la musique, la chorégraphie, la poésie ou la prose (collectivement, « Œuvre Originale ») sont créées par moi ou par mon enfant, je consens par la présente à ce que l'Œuvre Originale soit utilisée par les Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

Oui Non

Si le participant est âgé de 18 ans et plus :

Je certifie que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

Oui Non

Nom complet du participant

Signature du participant

Date

Si le participant est âgé de moins de 18 ans :

Nom complet du participant

Signature du parent / tuteur

Date

Consentement du parent / tuteur pour la collecte et le partage des informations relatives à l'étudiant

Le **Department of Youth and Community Development (DYCD)** (Département de la jeunesse et du développement communautaire) fournit un financement pour ce programme dans le cadre de sa mission pour vous aider à soutenir votre enfant à réaliser son plein potentiel. Un grand nombre de nos programmes est géré par des organisations à base communautaire. Nous faisons tout pour que les services que vous et vos enfants recevez soient de la meilleure qualité possible. DYCD vous demande la permission de nous permettre de recueillir les informations dont nous avons besoin concernant votre enfant, sa participation et la qualité des services fournis.

Quelles informations provenant des dossiers d'étudiant de votre enfant sont demandées par DYCD ?

Nous demandons votre permission pour le **NYC Department of Education (DOE)** (Département de l'éducation de New York) afin de partager avec DYCD des informations personnellement identifiables à partir des dossiers d'étudiant de votre enfant. Les informations que nous souhaitons recueillir comprennent des informations biographiques et d'inscription (notamment le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro d'identification de l'étudiant, le niveau, l'école fréquentée et les données de transfert, de sortie et d'obtention de diplôme de votre enfant) ; des données concernant la fréquentation scolaire de votre enfant (y compris le nombre de jours de présence et d'absence) et les données de performance académique (y compris les résultats de votre enfant aux examens d'état et nationaux, les crédits obtenus, les notes, le statut de promotion et de rétention, et le score de fitnessgram) ; et les données relatives aux mesures disciplinaires prises à l'encontre de votre enfant (y compris le nombre et le type de suspensions).

Nous demandons de recueillir les informations ci-dessus concernant votre enfant sur une base passée, présente et future (c.-à-d. continue).

Nous demandons également votre permission au nom de DYCD de partager les informations que nous recueillons sur le formulaire d'inscription vous concernant et / ou votre enfant avec le personnel du DOE. Les informations comprennent l'inscription, les intérêts et les défis de l'étudiant, le type de programme où il est inscrit et la fréquence de participation. Ces informations seront utilisées pour aider l'école et l'organisation communautaire à travailler ensemble afin de répondre à vos besoins et à ceux de votre enfant.

Qui verra les informations relatives à mon enfant et comment seront-elles sauvegardées ?

Les seules personnes qui verront les informations individuelles de votre enfant sont les employés de DYCD et du DOE qui gèrent les systèmes de données et préparent des rapports de recherche et des analyses de programmes. Le nombre limité de membres du personnel de DYCD identifiés pour recevoir des informations personnelles est filtré et ils ont reçu une formation approfondie pour suivre des directives strictes relatives à la protection de la confidentialité des informations qui vous identifieraient personnellement ou votre enfant. Les informations personnellement identifiables collectées à partir des dossiers des étudiants seront uniquement partagées électroniquement entre le DOE et DYCD et elles seront sécurisées et protégées dans la base de données DYCD. Les informations personnelles identifiables ne seront pas partagées avec des organisations à base communautaire ou leurs membres du personnel. Nous n'utiliserons votre nom ou le nom de votre enfant dans aucun rapport publié. Bien que nous demandions votre consentement, vos réponses aux demandes ci-dessous n'affecteront pas la participation de votre enfant aux programmes parrainés par DYCD.

Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des affirmations suivantes :

Je comprends pourquoi DYCD me demande la permission d'accéder aux informations énumérées ci-dessus à partir des dossiers d'étudiant de mon enfant et je donne la permission au DOE de partager ces informations avec DYCD sur une base continue.

Oui, je donne ma permission **Non, je ne donne pas ma permission**

Je comprends pourquoi DYCD demande ma permission de partager des informations sur mon enfant recueillies par DYCD avec le personnel du DOE et je donne la permission à DYCD de partager des informations avec le DOE sur une base continue.

Oui, je donne ma permission **Non, je ne donne pas ma permission**

Étudiant / Nom du demandeur : _____

Nom du parent / tuteur : _____

Signature du parent / tuteur : _____ Date : _____

Nom du parent / tuteur supplémentaire (*facultatif*) : _____

Signature du parent / tuteur supplémentaire (*facultatif*) : _____

Consentement du parent pour la participation à la collecte de données d'évaluation parascolaire (participants de SONYC et COMPASS High seulement)

Cher parent :

Votre enfant est inscrit à un programme d'activités parascolaires soutenu par le Département de la jeunesse et du développement communautaire (DYCD). American Institutes for Research (AIR) (Instituts Américains de Recherche) étudient les programmes d'activités parascolaires qui font partie de COMPASS. Afin de contrôler l'efficacité de ces programmes et d'assurer leur succès futur, DYCD et son partenaire d'évaluation AIR collectent des informations relatives aux participants et à leurs expériences dans le programme parascolaire, en particulier concernant le développement du leadership des jeunes. Ce projet a été approuvé par le ministère de l'Éducation (DOE). AIR visitera certains des programmes parascolaires et interrogera son personnel ainsi que les jeunes et leurs familles pour en apprendre davantage sur les programmes d'activités parascolaires du DYCD et sur la façon dont ils peuvent être améliorés.

Nous demandons aux parents la permission de mener les activités d'étude suivantes :

- Effectuer des sondages de 10 minutes des enfants afin de leur poser des questions sur le programme d'activités parascolaires du DYCD auquel ils participent et sur leurs perceptions du développement du leadership chez les jeunes dans le programme parascolaire
- Inviter les enfants à participer à un groupe de discussion de 45 minutes et / ou à un entretien sur le programme d'activités parascolaire du DYCD auquel ils participent, axé sur leur expérience dans le programme d'activités parascolaires et leurs perceptions du développement du leadership chez les jeunes

AIR peut également recueillir et analyser les dossiers scolaires de votre enfant auprès du ministère de l'Éducation de la ville de New York, notamment les données démographiques, la fréquentation scolaire, les renvois disciplinaires, la progression et les résultats scolaires (p. ex. résultats des tests et les notes). Ces données sont anonymes et entièrement confidentielles. Les données seront combinées au niveau de l'école et nous ne serons pas en mesure de lier ces informations scolaires à des enfants individuels ou à leurs familles.

Toutes les informations que nous recueillons ne seront utilisées que pour évaluer le programme d'activités parascolaires DYCD et elles ne seront pas rendues publiques. Les seules personnes qui auront accès à ces informations sont les membres de l'équipe d'évaluation AIR. Choisir de ne pas **participer à l'évaluation n'aura aucun effet sur votre enfant à l'école, dans le programme parascolaire ou de toute autre manière.** Nous n'utiliserons votre nom ou le nom de votre enfant dans aucun rapport publié. Il n'existe aucun risque connu de participer à cette étude. La participation est volontaire et les participants peuvent revenir sur leur décision à tout moment. Veuillez contacter Jessica Newman par téléphone (312-588-7341) ou par courriel (jnewman@air.org) en cas de questions sur l'étude.

Si vous avez des préoccupations ou des questions concernant les droits de votre enfant en tant que participant, veuillez contacter le Comité de révision institutionnelle de AIR (qui est responsable de la protection des participants au projet) à IRB@air.org, sans frais au 1-800-634-0797, ou c / o IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007.

TOURNEZ LA PAGE POUR COMPLÉTER ET SIGNER →

Consentement du parent pour la participation à la collecte de données d'évaluation parascolaire

Veillez sélectionner les options ci-dessous :

- Oui, JE DONNE LA PERMISSION POUR MON ENFANT, _____ DE PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DE COLLECTE DE DONNÉES AIR SUIVANTES :**
- Mon enfant PEUT remplir des sondages AIR concernant le développement du leadership chez les jeunes.*
 - Mon enfant PEUT participer à des groupes de discussion et à des entretiens au sujet de son expérience dans le programme d'activités parascolaires et de sa perception du développement du leadership chez les jeunes.*
 - En outre, je voudrais recevoir des mises à jour par SMS sur l'évaluation des programmes parascolaires DYCD. AIR peut m'envoyer des messages texte pour de futures sondages volontaires. Je comprends que la messagerie standard peut s'appliquer et que je peux l'annuler à tout moment.*
- Non, JE NE VEUX PAS QUE MON ENFANT _____ PARTICIPE AUX ACTIVITÉS DE COLLECTE DE DONNÉES AIR.**

Signature

Date

Consentement pour l'enregistrement audio

Si vous avez donné la permission à votre enfant de participer à des groupes de discussion et à des entretiens, les chercheurs AIR peuvent enregistrer le groupe de discussion d'étudiants et les entretiens à des fins de prise de notes. Si vous autorisez AIR à enregistrer le groupe de discussion et les entretiens, veuillez signer ci-dessous. Personne à l'extérieur de l'équipe de recherche n'entendra l'enregistrement et l'enregistrement sera supprimé lorsque l'étude sera terminée. Les étudiants peuvent demander que l'enregistreur soit désactivé à tout moment.

- Oui, j'autorise l'enregistrement audio de mon enfant dans les groupes de discussion et les entretiens.**
- Non, je n'autorise pas l'enregistrement audio de mon enfant dans les groupes de discussion et les entretiens.**

Signature

Date

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de l'évaluation, veuillez contacter Jessica Newman, chef de projet chez AIR, au (312) 588-7341 ou par courriel à jnewman@air.org. Si vous avez des questions sur les programmes parascolaire de DYCD, rendez vous sur DYCD Youth Connect <http://www1.nyc.gov/site/dycd/connected/youth-connect.page> ou téléphonez au 1-800-246-4646.