

Office Use Only (للاستخدام المكتبي فقط)	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



إجراءات عالمية لقبول المشترك بإدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع (DYCD): طلب تقديم للشباب والبالغين

مرحبًا بكم في إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع (DYCD)! تمول إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع (DYCD) بمدينة نيويورك برامج لصالح الشباب والعائلات. وتنفذ هذه البرامج منظمات المجتمع المحلي (CBOs). سيتيح هذا النموذج لك أو لطفلك التقديم بالنظام الشامل بعد الدوام المدرسي (COMPASS) التابع لإدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع (DYCD)، أو برنامج Beacon أو Cornerstone للشباب أو برنامج البالغين. الرجاء إكمال هذا النموذج بالكامل وإعادته إلى منظمات المجتمع المحلي (CBO) التي تعمل على تنفيذ البرنامج. تُقبل استمارة واحدة لكل شخص لكل موقع. ولا يضمن مجرد تقديم طلب الالتحاق بالتسجيل بالبرنامج. قد يتطلب الأمر بعض المستندات الورقية والمعلومات لتحديد أحقيتكم للبرنامج. في حالة القبول، لن يحمل المشترك أي تكاليف خاصة بالبرنامج. يتم جمع عناصر طلب الالتحاق التالية لأغراض إعلامية وتخطيطية للبرنامج: الدخل والجنس والعرق والخلفية العرقية واللغة ونوع السكان ومعلومات عن الأسرة وحالة التأمين الصحي. لن تؤثر الإجابات عن هذه الأسئلة على أحقيتك لتلقي الخدمات ولن يتم مشاركتها خارج إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع (DYCD) بدون إذن مقدم الطلب.

الجزء الأول: بيانات مقدم الطلب

لأغراض طلب التقديم هذا، يشير مقدم الطلب إلى الشخص المتقدم لتلقي الخدمات. اختر واحدًا مما يلي:

- أملاً طلب التقديم هذا لنفسه
 أنا ولي الأمر أو الوصي أملاً طلب التقديم هذا لطفلي
 أنا قريب/غير قريب، أملاً طلب التقديم هذا نيابة عن مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب:	لقب مقدم الطلب:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
تاريخ ميلاد مقدم الطلب (شهر/يوم/عام):		
نوع مقدم الطلب (اختر واحدًا):	عرق مقدم الطلب (اختر كل ما ينطبق):	الأصول العرقية لمقدم الطلب (اختر واحدًا مما يلي):
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أخرى	<input type="checkbox"/> أمريكي من أصل هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي وسكان جزر المحيط الهادي الأصليين <input type="checkbox"/> أبيض أو قوقازي <input type="checkbox"/> غير ذلك	<input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني (لاتينية) <input type="checkbox"/> ليس إسبانيًا أو لاتينيًا (لاتينية)
عنوان مقدم الطلب الأساسي (الرقم والشارع):	رقم الشقة:	
المدينة:	الرمز البريدي:	
<input type="checkbox"/> بالنسبة لمقدم الطلب المقيم في مساكن هيئة الإسكان بمدينة نيويورك (الرجاء إدراج الاسم)		

الجزء الثاني: معلومات الاتصال

معلومات جهة اتصال مقدم الطلب

بالنسبة للشباب الذين ليست لديهم معلومات لجهة اتصال، انتقل إلى القسم التالي لكتابة معلومات جهة اتصال ولي الأمر/الوصي

اكتب أرقام هواتف مقدم الطلب وضع دائرة على طريقة التواصل المفضلة:

المنزل الهاتف الخليوي

العمل البريد الإلكتروني لا يوجد بريد إلكتروني

معلومات ولي الأمر/الوصي

هذا القسم خاص بالمتقدمين تحت سن الـ 18

اسم ولي الأمر/الوصي: _____

اكتب جميع أرقام الهواتف وضع دائرة على الرقم المفضل للاتصال به في حالة الطوارئ:

المنزل الهاتف الخليوي

العمل البريد الإلكتروني لا يوجد بريد إلكتروني

العنوان:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/>			

معلومات الاتصال في حالة الطوارئ

يجب تحديد رقم طوارئ واحد على الأقل

جهة الاتصال في حالة الطوارئ #1 الاسم:	صلة القرابة بمقدم الطلب:
صاحب جهة الاتصال في حالة الطوارئ ولي أمر/وصي مقدم الطلب <input type="checkbox"/>	
1	اكتب جميع أرقام الهواتف وضع دائرة على الرقم المفضل للاتصال به في حالة الطوارئ:
المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/>	العمل <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> لا يوجد بريد إلكتروني <input type="checkbox"/>
العنوان:	المدينة:
الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/>	
جهة الاتصال في حالة الطوارئ #2 الاسم:	صلة القرابة بمقدم الطلب:
صاحب جهة الاتصال في حالة الطوارئ ولي أمر/وصي مقدم الطلب <input type="checkbox"/>	
2	اكتب جميع أرقام الهواتف وضع دائرة على الرقم المفضل للاتصال به في حالة الطوارئ:
المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف الخليوي <input type="checkbox"/>	العمل <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> لا يوجد بريد إلكتروني <input type="checkbox"/>
العنوان:	المدينة:
الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان مقدم الطلب نفسه <input type="checkbox"/>	

هذا القسم خاص بأولياء الأمور/الأوصياء الذين يقومون بتسجيل أطفالهم

قائمة الطوارئ المدرجة في القسم الثاني مصرح لها بأخذ الطفل ما لم يذكر خلاف ذلك.

الأشخاص الإضافيون التالون مصرح لهم باصطحاب طفلي:

الاسم:	رقم الهاتف:	صلة القرابة:
الاسم:	رقم الهاتف:	صلة القرابة:
الاسم:	رقم الهاتف:	صلة القرابة:
الاسم:	الاسم:	الاسم:

الأشخاص التالون غير مصرح لهم باصطحاب طفلي:

الجزء الثالث: الحالة التعليمية/الوظيفية لمقدم الطلب	
<p>الحالة التعليمية لمقدم الطلب (اختر واحدًا):</p> <p><input type="checkbox"/> طالب بدوام كامل *** <input type="checkbox"/> طالب متفرغ جزئيًا *** <input type="checkbox"/> غير مسجل بمدرسة ****</p>	
<p>*** إذا كان مقدم الطلب طالبًا متفرغًا جزئيًا أو طالبًا بدوام كامل: اختر السنة الدراسية لمقدم الطلب (اختر واحدًا مما يلي):</p> <p>**** إذا كان مقدم الطلب غير مسجل بمدرسة: اختر السنة الدراسية الأخيرة التي أنهاها مقدم الطلب (اختر واحدًا مما يلي):</p> <p>المدرسة الابتدائية: <input type="checkbox"/> ما قبل الروضة <input type="checkbox"/> روضة <input type="checkbox"/> الصف الأول <input type="checkbox"/> الصف الثاني <input type="checkbox"/> الصف الثالث <input type="checkbox"/> الصف الرابع <input type="checkbox"/> الصف الخامس</p> <p>المدرسة المتوسطة: <input type="checkbox"/> الصف السادس <input type="checkbox"/> الصف السابع <input type="checkbox"/> الصف الثامن</p> <p>المدرسة الثانوية: <input type="checkbox"/> الصف التاسع <input type="checkbox"/> الصف العاشر <input type="checkbox"/> الصف الحادي عشر <input type="checkbox"/> الصف الثاني عشر</p> <p>كلية المجتمع: <input type="checkbox"/> السنة الأولى <input type="checkbox"/> السنة الثانية <input type="checkbox"/> السنة الثالثة <input type="checkbox"/> السنة الرابعة <input type="checkbox"/> السنة الخامسة <input type="checkbox"/> السنة السادسة فما فوق</p> <p>الكلية/الجامعة: <input type="checkbox"/> طالب في السنة الأولى <input type="checkbox"/> طالب في السنة الثانية <input type="checkbox"/> طالب في السنة الثالثة <input type="checkbox"/> طالب في السنة الرابعة</p> <p>أخرى: <input type="checkbox"/> معادلة المدرسة الثانوية (HSE) <input type="checkbox"/> مدرسة مهنية/صناعية <input type="checkbox"/> شهادة أجنبية</p>	
<p>الوضع الوظيفي الحالي لمقدم الطلب (اختر واحدًا):</p> <p><input type="checkbox"/> موظف بدوام كامل <input type="checkbox"/> موظف بدوام جزئي <input type="checkbox"/> متقاعد</p> <p><input type="checkbox"/> عاطل عن العمل (لأجل قصير، 6 أشهر أو أقل) <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل (لأجل طويل، لأكثر من 6 أشهر) <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل (خارج القوى العاملة)</p> <p><input type="checkbox"/> مزارع موسمي مهاجر <input type="checkbox"/> لا ينطبق (صاحب الطلب دون سن الـ 14) <input type="checkbox"/></p>	
بيانات مطلوبة للطلاب بدوام كامل	
رقم بطاقة تعريف هوية / رقم مكتب نظم معلومات الطالب:	نوع المدرسة: <input type="checkbox"/> حكومية <input type="checkbox"/> مستقلة <input type="checkbox"/> خاصة <input type="checkbox"/> أخرى
اسم المدرسة:	
عنوان المدرسة:	الرمز البريدي:

الجزء الرابع: البيانات الصحية

البيانات الصحية لمقدم الطلب

الرجاء الإجابة على الأسئلة أدناه وتقديم التفاصيل الإضافية في المساحة الخالية.
العديد من الاحتياجات والتحديات الصحية يمكن استيعابها ولا تحد من فرصك في الالتحاق بالبرنامج.

هل يعاني مقدم الطلب من الحساسية؟ (طعام، دواء، إلخ.)

لا نعم

هل يعاني مقدم الطلب من الربو؟

لا نعم

هل لدى مقدم الطلب احتياجات خاصة للرعاية الصحية؟

لا نعم

هل يأخذ مقدم الطلب دواء لأي حالة أو مرض؟

لا نعم

هل هناك أي أنشطة لا يمكن لمقدم الطلب المشاركة فيها؟

لا نعم

الرجاء كتابة أي تفاصيل صحية إضافية:

لا يوجد

الرجاء إدراج أي تسهيل (تسهيلات) تطلبه لك/أو لمقدم الطلب:

لا يوجد

وضع التأمين الصحي لمقدم الطلب

إذا كانت الإجابة نعم، فأى نوع من التأمين الصحي يتمتع به مقدم الطلب؟
(ضع علامة على كل ما ينطبق):

- برنامج الإعانة الطبية Medicaid برنامج الرعاية الطبية Medicare برنامج الولاية للتأمين الصحي للأطفال
 تأمين العمالة شراء مباشر برنامج الولاية للتأمين الصحي للبالغين
 الرعاية الصحية العسكرية أرفض الإجابة

هل يتمتع مقدم الطلب بتأمين صحي؟
(اختر واحدًا مما يلي):

لا نعم
أرفض الإجابة

إذا كنت ترغب في الاتصال بك لتزويدك بمعلومات حول برنامج التأمين الصحي الحكومي، فما طريقة الاتصال المفضلة لديك؟ (اختر واحدًا مما يلي):

- البريد الإلكتروني الهاتف البريد الأمريكي
 بواسطة مقدم الرعاية أرفض الإجابة

إذا كنت لا تتمتع بتأمين صحي، فهل تريد أن يتم الاتصال بك لتزويدك بمعلومات حول برنامج التأمين الصحي الحكومي؟ (اختر واحدًا مما يلي):

لا نعم
أرفض الإجابة

الجزء الخامس: بيانات إضافية عن مقدم الطلب

ما مستوى مقدم الطلب في اللغة الإنجليزية؟
(اختر واحدًا مما يلي):

- طليق/جيد جدًا
 جيد
 ضعيف
 ضعيف جدًا

لغة مقدم الطلب الأساسية (اختر واحدًا مما يلي):

- الإنجليزية
 البنغالية
 الفولانية
 الكريولية الهايتية
 الهنغارية
 الكورية
 البنجابية
 البرتغالية
 الإسبانية
 الأوردية
 الألبانية
 الصينية*
 الألمانية
 العبرية
 الإيطالية
 الكرو أو إيبو أو اليوروبا
 الفارسية
 الرومانية
 التغالوغية
 الفيتنامية
 العربية
 الفرنسية
 الغوجاراتية
 الهندية
 اليابانية
 الماندية
 البولندية
 الروسية
 التركية
 البيدية
 أخرى:

*تشمل الكانتونية والماندارينية

لغات أخرى يتحدث بها مقدم الطلب (اختر كل ما ينطبق):

- الإنجليزية
 البنغالية
 الفولانية
 الكريولية الهايتية
 الهنغارية
 الكورية
 البنجابية
 البرتغالية
 الإسبانية
 الأوردية
 العربية
 الفرنسية
 الغوجاراتية
 الهندية
 اليابانية
 الماندية
 البولندية
 الروسية
 التركية
 البيدية
 الألبانية
 الصينية*
 الألمانية
 العبرية
 الإيطالية
 الكرو أو إيبو أو اليوروبا
 الفارسية
 الرومانية
 التغالوغية
 الفيتنامية
 أخرى:

لا ينطبق (يتحدث مقدم الطلب لغة واحدة فقط)

*تشمل الكانتونية والماندارينية

هل يرغب مقدم الطلب في استلام معلومات/الاتصال به بخصوص التسجيل للتصويت؟** (اختر واحدًا مما يلي):

- نعم لا

**يحق للمشارك التصويت في الانتخابات الفيدرالية الأمريكية إذا كان:
(1) مواطنًا أمريكيًا؛
(2) يستوفي شروط الإقامة بالولاية؛
(3) يبلغ 18 عامًا. تسمح بعض الولايات لمن يبلغ سنه 17 عامًا التصويت في الانتخابات الأولية في حالة بلوغه سن الـ 18 قبل الانتخابات العامة. تحقق من متطلبات السن الخاصة بسجل الناخبين في ولايتك.

هل مقدم الطلب واحد مما يلي:

- ولي أمر/وصي قانوني؟ نعم لا
مذنب/متورط قانونيًا؟ نعم لا
مشارك برعاية الأطفال؟ نعم لا
قاصر هارب؟ نعم لا
متمرس؟ نعم لا
موظف عسكري في الخدمة؟ نعم لا
ذو إعاقة؟ نعم لا

أرفض الإجابة

إذا كان مقدم الطلب شخص ذو إعاقة، الرجاء تحديد نوع (أنواع) الإعاقة (اختر كل ما ينطبق):

- إعاقة إدراكية
 متعلقة بالسمع
 صعوبة في التعلم
 عقلية أو نفسية
 حالة صحية مزمنة/جسدية
 إعاقة في الحركة/جسدية
 متعلقة بالبصر
 أخرى:
 أرفض الإجابة

الجزء السادس: بيانات الأسرة

في جميع الأسئلة التالية، يُقصد بالأسرة أي فرد أو مجموعة من الأفراد (أفراد العائلة أو غيرها) يعيشون معا كوحدة اقتصادية واحدة. يُعرف الدخل بإجمالي الدخل السنوي لجميع أفراد العائلة وغيرهم ممن يتجاوز عمرهم الثامنة عشر ويقيمون في المنزل نفسه.

<p>يعيش مقدم الطلب في أسرة يعولها (اختر واحدًا مما يلي):</p> <p><input type="checkbox"/> عائل أعزب - أنثى <input type="checkbox"/> عائل أعزب - ذكر <input type="checkbox"/> عائل أعزب - لا يوجد أطفال <input type="checkbox"/> بالغين من غير الأقارب مع وجود أطفال <input type="checkbox"/> أطفال</p>		<p>مقدم الطلب (اختر واحدًا مما يلي): نوع منزل</p> <p><input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> هيئة الإسكان بمدينة نيويورك <input type="checkbox"/> ملجأ <input type="checkbox"/> بلا مأوى <input type="checkbox"/> سكن دائم آخر <input type="checkbox"/> غير ذلك:</p>	
<p>حجم أسرة مقدم الطلب المعيشية (اختر واحدًا مما يلي):</p> <p><input type="checkbox"/> فرد واحد <input type="checkbox"/> أربعة أفراد <input type="checkbox"/> سبعة أفراد <input type="checkbox"/> عشرة أفراد <input type="checkbox"/> ثلاثة عشر فردًا <input type="checkbox"/> ستة عشر فردًا <input type="checkbox"/> تسعة عشر فردًا <input type="checkbox"/> عشرون فردًا فأكثر</p>		<p>دخل الأسرة الإجمالي في آخر 12 شهرًا (حدد خيارًا):</p> <p><input type="checkbox"/> 0 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> 16241 دولار أمريكي إلى 20420 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> 28781 دولار أمريكي إلى 32960 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> 41321 دولار أمريكي إلى 50000 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> 70001 دولار أمريكي إلى 80000 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> أكثر من 100000 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> رفض الإجابة</p>	
<p>مصادر دخل أسرة مقدم الطلب (حدد كل ما ينطبق):</p> <p><input type="checkbox"/> وظيفة <input type="checkbox"/> إعانة تيسير مالية وفقًا لقانون الرعاية <input type="checkbox"/> إعانة تيسير مالية وفقًا لقانون الرعاية <input type="checkbox"/> قسيمة رعاية أطفال <input type="checkbox"/> قسيمة بدل سكن <input type="checkbox"/> دعم الإسكان الثابت <input type="checkbox"/> دخل تقاعدي من التأمين الاجتماعي <input type="checkbox"/> برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) <input type="checkbox"/> برنامج WIC</p> <p><input type="checkbox"/> إعانة تيسير مالية وفقًا لقانون الرعاية <input type="checkbox"/> التخفيض الضريبي على الدخل المكتسب (EITC) <input type="checkbox"/> برنامج الإسكان (VASH) التابع للإدارة الفدرالية <input type="checkbox"/> تأمين خاص ضد الإعاقة <input type="checkbox"/> تأمين دخل العجز (SSDI) <input type="checkbox"/> تأمين ضد البطالة <input type="checkbox"/> تعويضات عمالية</p> <p><input type="checkbox"/> إعالة الأطفال <input type="checkbox"/> مساعداً عامة <input type="checkbox"/> معاش تقاعد <input type="checkbox"/> شبكة الأمان الاجتماعي/الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) <input type="checkbox"/> تعويض العجز التابع لخدمات إدارة المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> نفقة واجبة أو أي نفقات زوجية أخرى <input type="checkbox"/> إعفاء ضريبي على دخل العمل <input type="checkbox"/> برنامج مساعدات الطاقة المنخفضة الدخل الرئيسية <input type="checkbox"/> الإسكان العام <input type="checkbox"/> دخل ضمان إضافي (SSI) <input type="checkbox"/> معاش العجز عن العمل غير المرتبط بإدارة المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> غير ذلك:</p>			
<p><input type="checkbox"/> أرفض الإجابة</p>			

الجزء السابع الموافقات والتوقعات

معلومات القبول/الرفض

يجب الإجابة على هذا السؤال بالنسبة لأولياء الأمور/الأوصياء الذين يودون تسجيل أطفالهم

أسمح بعودة طفلي للمنزل وحده في حالة الرفض:

نعم لا

موافقة على المشاركة

المعلومات الواردة أعلاه صحيحة بحسب علمي. لذا أوافق على صحتها وأتفهم أن الإدلاء بمعلومات غير صحيحة قد يكون سببًا في إنهاء الخدمة. قد يتم استخدام المعلومات المقدمة بواسطة مدينة نيويورك لتحسين الخدمات المقدمة على مستوى المدينة وإمكانية الحصول عليها، والحصول على تمويل إضافي.

إذا كان عمر المشترك 18 عامًا فأكثر

أقر بأن عمري 18 عامًا أو أكثر وأني أمتلك أهلية منح الموافقة.

نعم لا

التاريخ	المشارك: الاسم بحروف واضحة	توقيع المشارك
---------	----------------------------	---------------

إذا كان عمر المشترك دون 18 عامًا:

التاريخ	ولي الأمر/الوصي: الاسم بحروف واضحة	توقيع ولي الأمر/الوصي
---------	------------------------------------	-----------------------

موافقة على تقديم العلاج الطبي الطارئ

إذا كان عمر المشترك 18 عامًا فأكثر

أنا مسجل كمشارك في برنامج ممول من إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع. في حالة وجود حالة طبية طارئة، فإني أوافق بموجب هذا الإقرار موافقتي بالحصول على العلاج الطبي الطارئ نيابة عني. كما أوافق بالاتصال بجهة (بجهات) الاتصال في حالة الطوارئ التي تم إدراجها.

نعم، أوافق لا، لا أوافق

التاريخ	المشارك: الاسم بحروف واضحة	توقيع المشارك
---------	----------------------------	---------------

إذا كان عمر المشترك دون 18 عامًا:

طفلي مسجل كمشارك في برنامج ممول من إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع (DYCD). في حالة وجود حالة طبية طارئة، فإني أوافق بموجب هذا الإقرار، موافقتي على تقديم العلاج الطبي الطارئ لطفلي، علمًا بأنه سيتم إخطاري بذلك في أقرب فرصة ممكنة. وعلمًا كذلك بأنه سيتم بذل كل جهد ممكن للاتصال بي، أو إذا لم أكن متاحًا، فإنه سيتم الاتصال بجهة (بجهات) الاتصال في حالة الطوارئ المدرجة، وذلك قبل تقديم الرعاية الطبية وبعدها.

نعم، أوافق لا، لا أوافق

التاريخ	ولي الأمر/الوصي: الاسم بحروف واضحة	توقيع ولي الأمر/الوصي
---------	------------------------------------	-----------------------

موافقة على التصوير الفوتوغرافي/التصوير بالفيديو واستخدام العمل الأصلي

بصفتك مسجلاً في أحد البرامج الممولة من إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع، يُرجى العلم أنه من وقت لآخر قد يتواجد أفراد تابعون لإدارة شؤون الشباب والتنمية ومدينة نيويورك ومقدمي الخدمات المتعاقد معهم المدينة والوكلاء المعتمدون والمنظمات الأخرى التي يتم التعامل معها، أو ممثلو الحكومة الآخرون (يشار إليها إجمالاً بـ "الأطراف المعتمدة")، أثناء تنفيذ أنشطة البرنامج والفعاليات الخاصة المتعلقة بخدمات البرنامج، سواءً بموقع البرنامج المعتاد أو الفعاليات التي تعقد خارج الموقع. علمًا بأنه في بعض الحالات قد يتم التقاط الصور أو تسجيل المقاطع المصورة أو إجراء المقابلات من تلك الجهات أو من المشاركين المسجلين في البرنامج وأسره وأصدقائهم. وبالتالي قد يتم استخدام تلك الصور أو المقاطع المصورة أو المقابلات، سواءً احتوت على اسم المشترك أم لا، وذلك عبر الوسائط المطبوعة والإلكترونية مثل النشرات والكتب والرسائل الإخبارية المطبوعة والمرسلة عبر البريد الإلكتروني والأقراص المضغوطة وشرائط الفيديو والمواقع الإلكترونية ووسائل التواصل الاجتماعي والمدونات (يشار إليها إجمالاً بـ "وسائل الإعلام").

لذا أصرح بموجب هذا الإقرار وأسمح للأطراف المعتمدة، دون الحصول على تعويض وبدون منح موافقة إضافية، بالتقاط صور فوتوغرافية و/أو تسجيل مقاطع مصورة لي ولطفلي وعرض الاسم وخلافه وصوتي وصوت طفلي خلال أنشطة البرنامج الممول من إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع والفعاليات الخاصة، وأنا أوافق بموجب ذلك على استخدام الصور والمقاطع المصورة والمقابلات، وبدون تعويض وبدون موافقة إضافية من الأطراف المعتمدة بصورة فردية لأغراض غير ربحية وغير تجارية في أي من وسائل الإعلام.

نعم لا

إذا قمت أنا أو طفلي بإنشاء أي عمل أصلي مثل الفن أو الموسيقى أو الرقص أو الشعر أو النثر ("العمل الأصلي" بشكل عام)، أثناء المشاركة في أنشطة البرنامج والفعاليات الخاصة الممولة من إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع DYCD، فأنا أوافق بموجب هذا الإقرار على استخدام هذا العمل الأصلي من جانب الأطراف المعتمدة، دون تعويض وبدون موافقة إضافية، فقط لأغراض غير ربحية وغير تجارية في أي من وسائل الإعلام.

نعم لا

إذا كان عمر المشترك 18 عامًا فأكثر

أقر بأن عمري 18 عامًا أو أكثر وأني أملك أهلية منح الموافقة.

نعم لا

التاريخ

توقيع المشترك

اسم المشترك بالكامل

إذا كان عمر المشترك دون 18 عامًا:

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

اسم المشترك بالكامل

موافقة ولي الأمر/الوصي على جمع معلومات الطلاب ومشاركتها

تُوفّر إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع التمويل لهذا البرنامج كجزء من مهمتها لمساعدتك على مساعدة طفلك على إخراج كل طاقته الكامنة. تتم إدارة العديد من برامجنا من المنظمات المجتمعية. فنحن نعمل على التأكد من أن الخدمات التي تحصلون عليها أنت وأطفالك على أعلى مستوى من الجودة. لذا تطلب إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع إذنك للسماح لنا بجمع المعلومات التي نحتاجها عن طفلك أو مشاركته بالبرنامج وجودة الخدمات المقدمة.

ما المعلومات التي تطلب الإدارة الحصول عليها من السجل الطلابي لطفلك؟

نحن نطلب إذنك بالسماح لإدارة التربية والتعليم بمدينة نيويورك (DOE) لمشاركة معلومات التعريف الشخصية من السجل الطلابي لطفلك مع إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع تتكون المعلومات التي نود جمعها من المعلومات الشخصية ومعلومات الالتحاق (تتكون على وجه التحديد من اسم طفلك وعنوانه وتاريخ ميلاده ورقم تعريفه الطلابي والصف الدراسي والمدرسة (المدارس) التي التحق بها وبيانات التحويل والفصل والتخرج لطفلك) والبيانات الخاصة بانتظام الحضور في المدرسة (بما في ذلك عدد أيام الحضور والغياب)؛ والبيانات الخاصة بالمستوى التعليمي (بما في ذلك نتائج طفلك في امتحانات الولاية والامتحانات القومية والعلامات الدراسية الحاصل عليها والدرجات وحالة الترقى إلى السنة التالية أو البقاء بنفس السنة الدراسية ومعدل اللياقة البدنية) والبيانات المتعلقة بأي إجراءات تأديبية تم اتخاذها ضد طفلك (بما في ذلك عدد مرات تعليق الدراسة ونوع التعليق).

نطلب جمع المعلومات المدرجة أعلاه عن طفلك في الماضي والحاضر والمستقبل (أي بصورة مستمرة).

كما نطلب الحصول على إذن منك للسماح لإدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع بمشاركة المعلومات التي نجمعها في نموذج الالتحاق منك و/أو من طفلك مع موظفي إدارة التربية والتعليم. تتضمن المعلومات معلومات التسجيل واهتمامات الطالب والتحديات التي تواجهه ونوع البرنامج الملحق به ومدى تكرار المشاركة. وسيتم استخدام هذه المعلومات لمساعدة المدرسة والمنظمة المجتمعية على العمل معًا من أجل تلبية احتياجاتك واحتياجات طفلك.

من سيطلع على المعلومات الخاصة بطفلي وكيف ستتم حمايتها؟

الأشخاص الوحيدون الذي سيطلعون على معلومات طفلك الشخصية هم موظفو إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع وموظفو إدارة التربية والتعليم الذين يتولون إدارة أنظمة البيانات وإعداد تقارير الأبحاث وتحليلات البرنامج. يخضع العدد المحدود من موظفي الإدارة الذين تم تحديدهم لتلقي المعلومات الشخصية للفحص، كما يتم تدريبهم تدريباً مكثفًا على اتباع التوجيهات الصارمة الخاصة بحماية سرية المعلومات التي قد تؤدي للتعريف بشخصيتك أو شخصية طفلك. وسيتم فقط مشاركة معلومات التعريف الشخصية التي يتم جمعها من سجلات الطالب إلكترونيًا بين إدارة التربية والتعليم وإدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع وسيتم تأمينها وحمايتها في قاعدة بيانات الإدارة. لن تتم مشاركة معلومات التعريف الشخصية مع أي منظمات مجتمعية أو موظفيها. لن نستخدم اسمك أو اسم طفلك في أي تقارير منشورة. وفي حين طلبنا الحصول على موافقتك، إلا أن ردودك على الطلبات الموضحة أدناه لن تؤثر على مشاركة طفلك في البرامج التي ترعاها إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع.

يرجى اختيار نعم أو لا لكل من الإقرارات التالية:

أدرك سبب طلب إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع الحصول على إذني للوصول إلى المعلومات المدرجة أعلاه من السجلات المدرسية الخاصة بطفلي وأمنح موافقتي لإدارة التربية والتعليم بمشاركة هذه المعلومات مع إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع بصورة مستمرة.

نعم، أمنح موافقتي لا، لا أمنح موافقتي

أدرك سبب طلب إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع الحصول على إذني لمشاركة المعلومات الخاصة بطفلي، والتي جمعتها إدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع، مع إدارة التربية والتعليم وأمنح موافقتي لإدارة شؤون الشباب وتنمية المجتمع بمشاركة المعلومات مع إدارة التعليم بصورة مستمرة.

نعم، أمنح موافقتي لا، لا أمنح موافقتي

اسم الطالب/مقدم الطلب: _____

اسم ولي الأمر/الوصي: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

التاريخ: _____

اسم ولي الأمر/الوصي الإضافي (اختياري): _____

توقيع ولي الأمر/الوصي الإضافي (اختياري): _____