

Office Use Only (صرف دفتری استعمال کے لئے)	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



DYCD عالمی شرکاء کے داخلے: نوجوان اور بالغوں کے لئے درخواست

یوتھ اینڈ کمیونٹی ڈیولپمنٹ ڈیپارٹمنٹ (DYCD) میں آپ کا خر مقدم ہے! DYCD نیویارک سٹی کی ایک ایجنسی ہے جو نوجوانوں اور خاندانوں کے لئے فنڈ فراہم کرتی ہے۔ یہ پروگرام کمیونٹی پر مبنی تنظیموں (CBOs) کے ذریعہ چلائے جارہے ہیں۔ یہ فارم آپ یا آپ کے بچے کو DYCD کمپریہنسیو آفٹر اسکول سسٹم (COMPASS)، بیکن (Beacon)، یا کارنر اسٹون (Cornerstone) نوجوان یا بالغ پروگرام میں درخواست دینے کا موقع فراہم کرتا ہے۔ براہ کرم اس فارم کو مکمل طور پر بھریں اور سی بی او کو واپس کریں جو اس پروگرام کو چلاتی ہے۔ ایک سائنٹ پر فی آدمی صرف ایک ہی درخواست قابل قبول ہوگی۔ درخواست جمع کر دینا پروگرام میں اندراج کی ضمانت نہیں ہے۔ پروگرام کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے مزید کاغذی کارروائی اور معلومات کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر درخواست قبول ہو جاتی ہے تو پروگرام شرکت کنندہ لئے مفت ہوگا درخواست کے مندرجہ ذیل نکات کو صرف معلومات اور پروگرام کی منصوبہ بندی کے مقاصد کے لئے جمع کیا جاتا ہے: آمدنی، جنس، نسل، قومیت، زبان، آبادی کی قسم، گھرانے کی معلومات اور صحت بیمہ کی صورتحال۔ ان سوالات کے جوابات خدمات حاصل کرنے کی آپ کی اہلیت پر اثر انداز نہیں ہوں گے اور درخواست دہندگان کی اجازت کے بغیر DYCD کے باہر ان کا اشتراک نہیں کیا جائے گا۔

حصہ 1 درخواست دہندگان کی معلومات

اس درخواست کے مقاصد کے لئے، درخواست دہندہ سے مراد وہ شخص ہے جو خدمات حاصل کرنے کے لئے درخواست دے رہا ہے۔ ایک کا انتخاب کریں:

میں یہ درخواست اپنے لئے پُر کر رہا ہوں

میں ایک والدین یا سرپرست ہوں جو اپنے بچے کے لئے یہ درخواست پُر کر رہا ہے

میں ایک رشتہ دار/غیر رشتہ دار ہوں، میں درخواست دہندہ کی طرف سے یہ درخواست پُر کر رہا ہوں

MI:	درخواست دہندہ کا پہلا نام:	درخواست دہندہ کا آخری نام:
-----	----------------------------	----------------------------

درخواست دہندہ کی تاریخ پیدائش (مہینہ / دن / سال):

درخواست دہندہ کی قومیت (ایک کو منتخب کریں):	درخواست دہندہ کی نسل (ان تمام کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو):	درخواست دہندہ کی جنس (ایک منتخب کریں):
<input type="checkbox"/> ہسپانوی یا لاطینو (a) <input type="checkbox"/> غیر ہسپانوی یا لاطینو (a)	<input type="checkbox"/> امریکن انڈین اور الاسکائی قبائلی <input type="checkbox"/> ایشیائی <input type="checkbox"/> سیاہ فام یا افریقی-امریکی <input type="checkbox"/> ہوائی کا قبائلی اور دیگر جزیرہ بحر الکاہل کا باشندہ <input type="checkbox"/> سفید فام یا کاکیشیائی <input type="checkbox"/> دیگر	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> غیر متعین جنس

اپارٹمنٹ نمبر:	درخواست دہندہ کا بنیادی پتہ (نمبر اور اسٹریٹ):
زپ کوڈ:	شہر:

درخواست دہندہ NYCHA ڈیولپمنٹ میں رہتا ہے (براہ کرم نام فراہم کریں)

حصہ II رابطہ کی معلومات

درخواست دہندہ کے رابطہ کی معلومات

ایسے نوجوان جن کے رابطہ کی معلومات نہیں ہے وہ والدین / سرپرست کے رابطے کی معلومات فراہم کرنے کے لئے اسے چھوڑ کر اگلے سیکشن میں جائیں

درخواست دہندہ کے لئے فون نمبر درج کریں اور رابطے کے ترجیحی طریقہ کے سامنے دائرہ بنائیں:

گھر سیل

کام ای میل ای میل نہیں ہے

والدین / سرپرست کی معلومات

یہ سیکشن 18 سال سے کم عمر کے درخواست دہندگان کے لئے ضروری ہے

والدین / سرپرست کا نام: _____

تمام فون نمبروں کو لکھیں اور ہنگامی صورت حال میں کال کرنے کے لئے بہترین نمبر پر دائرہ بنائیں:

گھر سیل

کام ای میل ای میل نہیں ہے

پتہ	شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:
وہی پتہ جو شرکت کنندہ کا ہے			

ہنگامی رابطہ کی معلومات

کم سے کم ایک ہنگامی رابطہ دینا ضروری ہے

درخواست دہندہ سے رشتہ:

ہنگامی رابطہ #1 نام:

ہنگامی رابطہ شرکت کنندہ کے والدین/سرپرست کا ہے

تمام فون نمبروں کو لکھیں اور ہنگامی صورت حال میں کال کرنے کے لئے بہترین نمبر پر دائرہ بنائیں:

گھر سیل

کام ای میل ای میل نہیں ہے

پتہ	شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:
وہی پتہ جو شرکت کنندہ کا ہے			

درخواست دہندہ سے رشتہ:

ہنگامی صورت میں رابطہ #2 نام:

ہنگامی رابطہ شرکت کنندہ کے والدین/سرپرست کا ہے

تمام فون نمبروں کو لکھیں اور ہنگامی صورت حال میں کال کرنے کے لئے بہترین نمبر پر دائرہ بنائیں:

گھر سیل

کام ای میل ای میل نہیں ہے

پتہ	شہر:	ریاست:	زپ کوڈ:
وہی پتہ جو شرکت کنندہ کا ہے			

یہ سیکشن ان والدین/سرپرستوں کے لئے ہے جو اپنے بچوں کا داخلہ کروا رہے ہیں

سیکشن II میں درج ہنگامی رابطوں والے افراد ہی بچوں کو وصول کرنے کے اہل ہیں جب تک کہ دوسری صورت کا ذکر نہیں کیا جائے۔
مندرجہ ذیل اضافی لوگ بھی میرے بچے کو لے جانے کے اہل ہیں:

نام: فون #1: رشتہ:

نام: فون #1: رشتہ:

نام: فون #1: رشتہ:

مندرجہ ذیل افراد میرے بچے کو حاصل نہیں کر سکتے:

نام: نام:

حصہ III: درخواست دہندہ کی تعلیم / کام کی حیثیت

درخواست دہندہ کی تعلیم کی حیثیت (ایک کا انتخاب کریں)

کل وقتی طالب علم *** جز وقتی طالب علم *** اسکول میں نہیں ہے ****

*** اگر درخواست دہندہ جز وقتی طالب علم ہے یا کل وقتی طالب علم: درخواست دہندہ کا موجودہ گریڈ منتخب کریں (ایک منتخب کریں):
**** اگر درخواست دہندہ اسکول میں نہیں ہے: درخواست دہندہ کے ذریعہ مکمل آخری گریڈ منتخب کریں: (ایک منتخب کریں):

ابتدائی اسکول: 5th 4th 3rd 2nd 1st Kinder

مڈل اسکول: 8th 7th 6th

ہائی اسکول: 12th 11th 10th 9th

کمیونٹی کالج: پہلا سال دوسرا سال تیسرا سال چوتھا سال پانچواں سال چھٹا سال +

کالج/یونیورسٹی: فریش مین سوفومور جونیئر سینئر

دیگر: ہائی اسکول مساوی (HSE) حرفتی / تجارتی اسکول غیرملکی ڈگری

درخواست دہندہ کی موجودہ کام کی حیثیت (ایک منتخب کریں):

کل وقتی ملازم
 بے روزگار (مختصر مدت کے لئے، 6 ماہ یا اس سے کم)
 تارکین وطن موسمی کارکنان
 جز وقتی ملازم
 بے روزگار (طویل مدت کے لئے، 6 ماہ یا اس سے زیادہ)
 قابل اطلاق نہیں (درخواست دہندہ 14 سال سے کم عمر کا ہے)
 ریٹائرڈ
 بے روزگار (افراد قوت میں نہیں)

کل وقتی طالب علم کے لئے ضروری

طالب علم کی ID / OSIS:

اسکول کی قسم:

سرکاری چارٹر پرائیوٹ دیگر

اسکول کا نام:

زپ کوڈ:

شہر:

اسکول کا پتہ:

حصہ IV صحت کی معلومات

درخواست دہندہ کی صحت کی معلومات

براہ کرم مندرجہ ذیل سوالات کا جواب دیں اور دی گئی جگہ میں مزید تفصیلات فراہم کریں۔
بہت سی ضروریات یا صحت کے چیلنجوں کو موافق بنایا جا سکتا ہے اور وہ پروگرام میں اندراج کو محدود نہیں کر سکتے۔

کیا درخواست دہندہ کو کوئی الرجی ہے؟ (غذا، دوا، وغیرہ)

_____ ہاں نہیں

کیا درخواست دہندہ کو دمہ ہے؟

_____ ہاں نہیں

کیا درخواست دہندہ کو صحت سے متعلق خصوصی دیکھ بھال کی ضرورت ہے؟

_____ ہاں نہیں

کیا درخواست دہندہ کسی بھی کیفیت یا بیماری کے لیے دوا لیتا ہے؟

_____ ہاں نہیں

کیا ایسی سرگرمیاں ہیں جن میں درخواست دہندہ شرکت نہیں کر سکتا؟

_____ ہاں نہیں

صحت کی کسی اضافی معلومات کی تفصیلات فراہم کریں:

اطلاق نہیں ہوتا

براہ کرم اس سہولت (سہولیات) کو درج کریں جس کی درخواست آپ اپنے/درخواست دہندہ کے لئے کر رہے ہیں:

اطلاق نہیں ہوتا

درخواست دہندہ کے صحت بیمہ کی صورتحال

اگر ہاں، تو درخواست دہندہ کے پاس کس قسم کا صحت بیمہ ہے؟
(ان سبھی پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہو):

Medicaid Medicare بچوں کی صحت کے بیمہ کا
 ملازمت پر مبنی ڈائرنکٹ پرچیز ریاستی پروگرام
 ملٹری ہیلتھ کیئر جواب دینے سے انکار ریاستی بچوں کی صحت کا بیمہ
 برائے بالغان جواب دینے سے انکار

کیا درخواست دہندگان کے پاس صحت کی
بیمہ ہے؟ (ایک کو منتخب کریں):

ہاں نہیں
 جواب دینے سے انکار

اگر آپ چاہتے ہیں کہ عوامی صحت بیمہ کے لئے سائن اپ کرنے کے
بارے میں آپ سے رابطہ کیا جائے تو، آپ کے لیے رابطہ کرنے کا کون
سا طریقہ بہتر ہے؟ (ایک کو منتخب کریں):

ای میل فون امریکی ڈاک فراہم کنندہ کے ذریعے
 جواب دینے سے انکار

اگر آپ صحت بیمہ نہیں ہے تو، کیا آپ چاہیں گے کہ عوامی صحت بیمہ
کے لئے سائن اپ کرنے کے بارے میں معلومات کے ساتھ کوئی شخص
آپ سے رابطہ کرے؟ (ایک کو منتخب کریں):

ہاں نہیں جواب دینے سے انکار

حصہ V درخواست دہندہ کی اضافی معلومات

درخواست دہندہ کی بنیادی زبان (ایک منتخب کریں):

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> عربی | <input type="checkbox"/> البانوی | <input type="checkbox"/> انگریزی |
| <input type="checkbox"/> فرانسیسی | <input type="checkbox"/> چینی* | <input type="checkbox"/> بنگالی |
| <input type="checkbox"/> گجراتی | <input type="checkbox"/> جرمن | <input type="checkbox"/> فولانی |
| <input type="checkbox"/> ہندی | <input type="checkbox"/> عبرانی | <input type="checkbox"/> پیشین کیرول |
| <input type="checkbox"/> جاپانی | <input type="checkbox"/> اطالوی | <input type="checkbox"/> ہنگریائی |
| <input type="checkbox"/> مینڈے | <input type="checkbox"/> کرو، آئیو، یا یوروبا | <input type="checkbox"/> کوریائی |
| <input type="checkbox"/> پولش | <input type="checkbox"/> فارسی | <input type="checkbox"/> پنجابی |
| <input type="checkbox"/> روسی | <input type="checkbox"/> رومانیائی | <input type="checkbox"/> پرتگالی |
| <input type="checkbox"/> ترکی | <input type="checkbox"/> تیگالوگ | <input type="checkbox"/> ہسپانوی |
| <input type="checkbox"/> یڈش | <input type="checkbox"/> ویتنامی | <input type="checkbox"/> اردو |
| | | <input type="checkbox"/> دیگر |

درخواست دہندہ انگریزی کتنی اچھی طرح بولتا ہے؟ (ایک کو منتخب کریں):

- فراٹے سے بہت اچھی طرح
 اچھی طرح
 اچھی طرح نہیں
 بالکل بھی اچھی طرح نہیں

*بشمول کیتونیز اور مینڈارین

کیا درخواست دہندہ ووٹ دینے کے لئے رجسٹر کرنے کے بارے میں معلومات حاصل کرنا/رابطہ کیا جانا پسند کرتا ہے؟** (ایک کو منتخب کریں)

ہاں نہیں

**امیدوار امریکی وفاقی انتخابات میں ووٹ دینے کا اہل ہے اگر:
1) آپ امریکی شہری ہیں؟
2) آپ اپنی ریاست کے رہائش سے متعلق تقاضوں کو پورا کرتے ہیں؟
3) اگر آپ 18 سال کی عمر کے ہیں۔ کچھ ریاستیں 17 سال کی عمر والوں کو پرائمریز میں ووٹ ڈالنے اور / یا اگر وہ عام انتخابات سے پہلے 18 سال کے ہو جائیں گے تو ووٹ ڈالنے کے لئے رجسٹر کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔ اپنی ریاست کے ووٹر رجسٹریشن کی عمر کے تقاضے چیک کریں۔

درخواست دہندہ کے ذریعہ بولی جانے والی دیگر زبانیں (ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے):

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> انگریزی | <input type="checkbox"/> البانوی |
| <input type="checkbox"/> بنگالی | <input type="checkbox"/> چینی* |
| <input type="checkbox"/> فولانی | <input type="checkbox"/> جرمن |
| <input type="checkbox"/> پیشین کیرول | <input type="checkbox"/> عبرانی |
| <input type="checkbox"/> ہنگریائی | <input type="checkbox"/> اطالوی |
| <input type="checkbox"/> کوریائی | <input type="checkbox"/> کرو، آئیو، یا یوروبا |
| <input type="checkbox"/> پنجابی | <input type="checkbox"/> فارسی |
| <input type="checkbox"/> پرتگالی | <input type="checkbox"/> رومانیائی |
| <input type="checkbox"/> ہسپانوی | <input type="checkbox"/> تیگالوگ |
| <input type="checkbox"/> اردو | <input type="checkbox"/> ویتنامی |
| <input type="checkbox"/> دیگر | |

اطلاق نہیں ہوتا (درخواست دہندہ کے ذریعہ بولی جانے والی صرف ایک زبان)
*بشمول کیتونیز اور مینڈارین

اگر درخواست دہندہ معذور ہے تو، براہ کرم معذوری کی قسم (قسمیں) منتخب کریں (ان سبھی کو منتخب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو):

- ادراکی نقص
 سماعت سے متعلق
 آموزشی معذوری
 دماغی یا نفسیاتی
 جسمانی/دیرینہ صحت سے متعلق کیفیت
 جسمانی / حرکتی نقص
 بصارت سے متعلق
 دیگر
 جواب دینے سے انکار

کیا درخواست دہندہ مندرجہ ذیل میں سے کوئی ہے:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> والدین/قانونی سرپرست؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> مجرم / قانونی چارہ جوئی میں ملوث؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> رضاعی نگران شرکت کنندہ؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> فرار نوجوان؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> سابق فوجی؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> باعمل فوجی عملہ؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |
| <input type="checkbox"/> معذور فرد؟ | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں |

حصہ VI گھرانے کی معلومات

تمام اگلے سیٹ کے سوالات کے لئے، گھرانہ کو کسی فرد یا فرد کے گروپ کے طور پر بیان کیا گیا ہے (خاندان کا یا غیر خاندانی اراکین) جو ایک معاشی اکائی کے طور پر ایک دوسرے کے ساتھ رہ رہے ہوں۔ آمدنی کی تعریف خاندان اور غیر خاندانی اراکین کی کل سالانہ آمدنی کے طور پر کی گئی ہے جو گھرانے میں رہ رہے 18 سال سے زیادہ کی عمر کے لوگوں کی ہو۔

درخواست دہندہ کی رہائش گاہ کی قسم (ایک منتخب کریں):

- NYCHA درخواست دہندہ کی رہائش کی قسم
اپنا کرایے کا
پناہ گاہ بے گھر
دیگر مستقل رہائش گاہ
دیگر

درخواست دہندہ ایسے گھرانے میں رہتا ہے جس کے سرپرست ہیں (ایک کو منتخب کریں):

- تنہا والدہ - عورت
 تنہا والد - مرد
 تنہا شخص - بچے نہیں
 بالغ افراد جن کا بچوں کے ساتھ
رشتہ نہیں ہے
 دو بالغ - بچے نہیں
 دو والدین والا گھرانہ
 کئی نسلوں پر مبنی گھرانہ
 دیگر _____

درخواست دہندہ کے گھر کا سائز (ایک منتخب کریں):

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|
| 0\$ <input type="checkbox"/> | 1\$ سے 12,060\$ <input type="checkbox"/> | 12,061\$ سے 16,240\$ <input type="checkbox"/> | تین <input type="checkbox"/> |
| 16,241\$ سے 20,420\$ <input type="checkbox"/> | 20,421\$ سے 24,600\$ <input type="checkbox"/> | 24,601\$ سے 28,780\$ <input type="checkbox"/> | چار <input type="checkbox"/> |
| 28,781\$ سے 32,960\$ <input type="checkbox"/> | 32,961\$ سے 37,140\$ <input type="checkbox"/> | 37,141\$ سے 41,320\$ <input type="checkbox"/> | سات <input type="checkbox"/> |
| 41,321\$ سے 50,000\$ <input type="checkbox"/> | 50,001\$ سے 60,000\$ <input type="checkbox"/> | 60,001\$ سے 70,000\$ <input type="checkbox"/> | دس <input type="checkbox"/> |
| 70,001\$ سے 80,000\$ <input type="checkbox"/> | 80,001\$ سے 90,000\$ <input type="checkbox"/> | 90,001\$ سے 100,000\$ <input type="checkbox"/> | تیرہ <input type="checkbox"/> |
| 80,000\$ سے 100,000\$ <input type="checkbox"/> | 100,000\$ سے 150,000\$ <input type="checkbox"/> | 150,000\$ سے 200,000\$ <input type="checkbox"/> | سولہ <input type="checkbox"/> |
| 200,000\$ سے 250,000\$ <input type="checkbox"/> | 250,000\$ سے 300,000\$ <input type="checkbox"/> | 300,000\$ سے 350,000\$ <input type="checkbox"/> | انیس <input type="checkbox"/> |
| 350,000\$ سے 400,000\$ <input type="checkbox"/> | 400,000\$ سے 450,000\$ <input type="checkbox"/> | 450,000\$ سے 500,000\$ <input type="checkbox"/> | بیس + <input type="checkbox"/> |

درخواست دہندہ کے گھرانے کی آمدنی کے ذرائع (ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو):

- ملازمت کی اجرت حسب استطاعت نگہداشت کے نان و نفقہ یا دیگر ازدواجی اعانت چائلڈ سپورٹ
قانون کی سبسڈی
- چائلڈ کیریئر واؤچر کمائی ہوئی آمدنی کا ٹیکس کریڈٹ ایمپلائمنٹ ٹیکس کریڈٹ عام امداد
- ہاؤسنگ چوائس واؤچر HUD-VASH LIEHEAP پنشن
- مستقل معاون رہائش گاہ پرائیوٹ معذوری بیمہ پبلک ہاؤسنگ سیفٹی نیٹ / ہوم ریلیف
- سوشل سیکورٹی سے ریٹائرمنٹ سوشل سیکورٹی ڈس ایبلٹی انکم سپیلیمنٹل سیکورٹی انکم (SSI) سپیلیمنٹل نیوٹریشن اسسٹنس پروگرام (SNAP)
- ٹیمپوریری اسسٹنس فار نیڈی فیملیز بے روزگاری بیمہ VA غیر سروس منسلک معذوری VA سروس سے منسلک معذوری
- (TANF) کارکن کا معاوضہ دیگر
- WIC

جواب دینے سے انکار

حصہ VII اقرار نامہ اور دستخط

لے جانے اچھٹی سے متعلق معلومات
اپنے بچوں کا داخلہ کروانے والے والدین/سرپرستوں کے لئے اس سوال کا جواب دینا ضروری ہے

چھٹی کے بعد میرے بچے کو اکیلے گھر جانے کی اجازت ہے:

ہاں نہیں

شرکت کے لئے رضامندی

میرے بہترین علم کے مطابق مذکورہ بالا معلومات درست ہیں۔ میں اس کی توثیق سے اتفاق کرتا ہوں اور سمجھتا ہوں کہ جعل سازی خدمت کے خاتمے کی بنیاد ہو سکتی ہے۔ فراہم کی گئی معلومات کا استعمال نیویارک سٹی کے ذریعہ سٹی کی خدمات کو بہتر بنانے اور ان خدمات تک رسائی، اور اضافی فنڈز تک رسائی حاصل کرنے کے لئے کیا جا سکتا ہے۔

اگر شرکت کنندہ 18 سال یا اس سے زیادہ عمر کا ہو:

میں تسلیم کرتا ہوں کہ میں 18 سال یا اس سے زیادہ کا ہوں اور اجازت دینے کے لئے مختار ہوں۔

ہاں نہیں

تاریخ

شرکت کنندہ: نام جلی حروف میں

شرکت کنندہ کا دستخط

اگر شرکت کنندہ 18 سال سے کم عمر کا ہو:

تاریخ

والدین/سرپرست: نام جلی حروف میں

والدین/سرپرست کا دستخط

ہنگامی طبی علاج کے لئے اجازت نامہ

اگر شرکت کنندہ 18 سال یا اس سے زیادہ کا ہو

میں DYCD کے ذریعہ مالی امداد یافتہ پروگرام میں شرکت کنندہ کے طور پر مندرج ہوں۔ طبی ہنگامی صورت حال میں، میں اپنے لئے ضروری ہنگامی طبی علاج حاصل کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔ میں اس بات کی بھی اجازت دیتا ہوں کہ فہرست میں درج ہنگامی رابطوں سے رابطہ کیا جا سکتا ہے۔

ہاں میری طرف سے اجازت ہے نہیں میری طرف سے اجازت نہیں ہے

تاریخ

شرکت کنندہ: نام جلی حروف میں

شرکت کنندہ کا دستخط

اگر شرکت کنندہ 18 سال سے کم عمر کا ہو:

میرا بچہ DYCD کے ذریعہ مالی امداد یافتہ پروگرام میں شرکت کنندہ کے طور پر اندراج یافتہ ہے۔ طبی ہنگامی صورت حال میں، اس بات کو سمجھتے ہوئے بذریعہ ہذا میں اپنے بچے کے لئے ضروری ہنگامی طبی علاج کی رضامندی دیتا ہوں کہ مجھے جتنی جلدی ممکن مطلع کیا جائے گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھ سے رابطہ کرنے کی ہر ممکن کوشش کی جائے گی، یا، اگر میں دستیاب نہیں ہوں، تو طبی نگہداشت کی فراہمی سے پہلے اور بعد میں فہرست میں درج ہنگامی رابطہ (روابط) سے رابطہ کیا جائے گا۔

ہاں میری طرف سے اجازت ہے نہیں میری طرف سے اجازت نہیں ہے

تاریخ

والدین/سرپرست: نام جلی حروف میں

والدین/سرپرست کا دستخط

فوٹوگرافی / ویڈیو ٹیکنگ اور اصل کام کے استعمال کے لئے اجازت

DYCD کے ذریعہ فنڈ یافتہ پروگرام میں اندراج یافتہ شرکت کنندہ کی حیثیت سے، براہ کرم اس بات سے آگاہ رہیں کہ گاہے بگاہے DYCD اور نیویارک سٹی، اس کے معاہدے والے فراہم کنندگان، مجاز ایجنٹس، فریق ثالث تنظیمیں جن کے ساتھ یہ اشتراک کرتے ہیں، یا دیگر سرکاری، نمائندے (مجموعی طور پر، "مجاز فریقین") پروگرام کی سرگرمیوں اور پروگرام سے متعلق خدمات سے وابستہ خصوصی واقعات، پروگرام کے معمول کے مقام پر یا سائٹ سے باہر کے پروگرام دونوں کے دوران موجود رہ سکتے ہیں۔ کچھ حالات میں، یہ پروگراموں کے شرکاء اور ان کے گھر والوں اور دوستوں کے فوٹوگراف، ویڈیو ٹیپ، انٹرویو بھی لے سکتے ہیں یا پھر ان کو ریکارڈ بھی کر سکتے ہیں۔ اس سے حاصل تصاویر، ویڈیوز، اور انٹرویو کا استعمال شرکاء کے نام کے بغیر یا نام کے ساتھ مطبوعہ اور الیکٹرانک میڈیا جیسے بروشر، کتابوں، پرنٹ اور ای میل خبرناموں، DVD اور ویڈیو، ویب سائٹ، سوشل میڈیا اور بلاگ (مجموعی طور پر "میڈیا") وغیرہ میں کیا جا سکتا ہے۔

میں بذریعہ ہذا مجاز فریقین کو DYCD کے ذریعہ فنڈ یافتہ پروگرام کی سرگرمیوں اور خصوصی تقریبات کے دوران بغیر معاوضہ اور مزید منظوری کے اپنے اور اپنے بچے کی تصویر کھینچنے اور/یا میرے بچے کی شبیہ، نام، پسند، اور آواز ریکارڈ کرنے کا اختیار اور اجازت دیتا ہوں، اور میں اس سے حاصل تصویروں، ویڈیوز اور انٹرویوز کو بغیر کسی معاوضہ اور مزید منظوری کے مجاز فریقین کے ذریعہ صرف غیر منفعتی، غیر تجارتی مقاصد کے لئے سبھی طرح کے میڈیا میں استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

□ ہاں □ نہیں

اگر، DYCD کے ذریعہ فنڈ یافتہ پروگرام کی سرگرمیوں اور خصوصی واقعات میں حصہ لینے کے دوران کوئی تخلیقی کام جیسے آرٹ، موسیقی، کوریوگرافی، شعر، یا نثر (مجموعی طور پر، "تخلیقی کام") میرے یا میرے بچے کے ذریعہ تخلیق کیا جاتا ہے تو، میں مجاز فریقین کو بغیر معاوضہ اور مزید منظوری کے ان تخلیقی کاموں کو صرف غیر منفعتی، غیر تجارتی مقاصد کے لئے سبھی طرح کے میڈیا میں استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

□ ہاں □ نہیں

اگر شرکت کنندہ 18 سال یا اس سے زیادہ عمر کا ہو:

میں تسلیم کرتا ہوں کہ میں 18 سال یا اس سے زیادہ کا ہوں اور اجازت دینے کے لئے مختار ہوں۔

□ ہاں □ نہیں

تاریخ

شرکت کنندہ کا دستخط

شرکت کنندہ کا پورا نام

اگر شرکت کنندہ 18 سال سے کم عمر کا ہو:

تاریخ

والدین/سرپرست کا دستخط

شرکت کنندہ کا پورا نام

طالب علم کی معلومات جمع اور اشتراک کرنے کے لیے والدین / سرپرست کی رضامندی

ڈپارٹمنٹ آف یوتھ اینڈ کمیونٹی ڈیولپمنٹ (DYCD) آپ کو بچے کو اس کے تمام تر امکانات تک پہنچانے میں مدد کے اپن مشن کے حصے کے طور پر اس پروگرام کے لئے فنڈز فراہم کرتا ہے۔ ہمارے بہت سے پروگرام کمیونٹی پر مبنی تنظیموں کے ذریعہ چلائے جاتے ہیں۔ ہم یہ یقینی بنانے کے لئے کام کرتے ہیں کہ جو خدمات آپ اور آپ کے بچوں کو حاصل ہو وہ اعلیٰ ترین معیار کا ہو۔ DYCD ہمیں آپ کے بچے، ان کی شرکت، اور فراہم کردہ خدمات کے معیار کے تعلق سے جو معلومات درکار ہیں انہیں حاصل کرنے کے لیے آپ سے اجازت کا طلب گار ہے۔

DYCD آپ کے بچے کے طالب علمی کے ریکارڈ سے کس طرح کی معلومات کی درخواست کر رہا ہے؟

ہم NYC ڈپارٹمنٹ آف ایجوکیشن (DOE) کے لئے، آپ کے بچے کی طالب علمی کے ریکارڈ سے ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات کا اشتراک کیے جانے کی اجازت دینے کی درخواست کر رہے ہیں۔ جو معلومات ہم جمع کرنا چاہتے ہیں وہ سوانح اور داخلے کی معلومات پر مشتمل ہوتے ہیں (خاص طور پر آپ کے بچے کے نام، پتہ، پیدائش کی تاریخ، طالب علم کا شناختی نمبر، گریڈ، جس اسکول (اسکولز) میں تعلیم حاصل کی ہے اور منتقلی، معزولی، اور آپ کے بچے کے بارے میں گریجویٹس کے ڈیٹا پر مشتمل ہوتا ہے)؛ آپ کے بچے کے اسکول کی حاضری کے بارے میں اعداد و شمار (بشمول حاضر ہونے اور غیر حاضری والے دنوں کی تعداد)؛ اور تعلیمی کارکردگی کا ڈیٹا (بشمول ریاستی اور قومی سطح کے امتحانات میں آپ کے بچے کے رزلٹس، حاصل کئے گئے کریڈٹس، گریڈز، ترقی اور برقراری کی صورتحال، اور فٹنس گرام سکور)؛ اور آپ کے بچے کے خلاف کی گئی کسی تادیبی کارروائی سے متعلق ڈیٹا (بشمول معطلیوں کی تعداد اور قسم سمیت)۔

ہم آپ کے بچے کے بارے میں اوپر مذکور ماضی۔ حال اور مستقبل کے (یعنی جاری) بنیاد پر معلومات جمع کرنے کی درخواست کر رہے ہیں۔ ہم DYCD کے لئے آپ سے اس بات کی اجازت بھی طلب کر رہے ہیں کہ آپ ان معلومات کا بھی اشتراک کریں جو ہم داخلہ فارم پر آپ کے ذریعہ اور/یا آپ کے بچے کے ذریعہ DOE اسٹاف کے پاس جمع ہیں۔ اس معلومات میں رجسٹریشن کی معلومات، طالب علم کی دلچسپیاں اور چیلنجز، جن پروگراموں میں وہ داخل ہیں ان کی قسمیں اور شرکت کی کثرت شامل ہیں۔ ان معلومات کا استعمال اسکول اور کمیونٹی تنظیم کو آپ اور آپ کے بچے کی ضروریات کو پورا کرنے کے لئے مل کر کام کرنے میں مدد کے لئے کیا جائے گا۔

کون میرے بچے کی معلومات کو دیکھے گا اور اس کی حفاظت کیسے کی جائے گی؟

DYCD اور DOE کے عملہ کے وہی لوگ آپ کے بچے کی انفرادی معلومات کو دیکھ سکیں گے جو ڈیٹا سسٹمز کا نظم کرتے ہیں اور تحقیق کی رپورٹیں اور پروگرام کا تجزیہ کرتے ہیں۔ ذاتی معلومات حاصل کرنے کے لیے شناخت شدہ DYCD کے عملے کی محدود تعداد کی جانچ پڑتال کی گئی ہے، اور انہیں ایسی معلومات کی رازداری کی حفاظت سے متعلق سخت رہنما خطوط کی پیروی کرنے کے لئے جامع تربیت فراہم کی گئی ہے جو ذاتی طور پر آپ یا آپ کے بچے کی شناخت کرتی ہو۔ طالب علموں کے ریکارڈوں سے جمع کردہ ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات کا اشتراک DOE اور DYCD کے درمیان صرف الیکٹرانک طور پر ہوگا اور انہیں DYCD کے ڈیٹا بیس میں محفوظ رکھا جائے گا۔ ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات کا اشتراک کسی بھی کمیونٹی پر مبنی تنظیموں یا ان کے عملے کے ارکان کے ساتھ نہیں کیا جائے گا۔ ہم آپ کا نام یا آپ کے بچے کا نام کسی شائع ہونے والی رپورٹ میں استعمال نہیں کریں گے۔ جب ہم آپ کی رضامندی طلب کرتے ہیں تو، درج ذیل درخواستوں سے متعلق آپ کے جوابات آپ کے بچے کی DYCD کے ذریعہ منعقدہ پروگراموں میں شرکت کو متاثر نہیں کریں گے۔

مندرجہ ذیل بیانات میں سے ہر ایک کے لئے ہاں یا نہیں پر نشان لگائیں:

میں سمجھتا ہوں کہ کیوں DYCD میرے بچے کے طالب علمی کے ریکارڈ سے مندرجہ بالا معلومات تک رسائی حاصل کرنے کے لئے میری اجازت طلب کر رہا ہے، اور میں DEO کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ مسلسل بنیاد پر DYCD کے ساتھ ان معلومات کا اشتراک کرے۔

ہاں، میں اپنی اجازت دیتا ہوں نہیں میں اپنی اجازت نہیں دیتا

میں سمجھتا ہوں کہ کیوں DYCD میرے بچے کی ان معلومات کا اشتراک کرنے کے لئے میری اجازت طلب کر رہا ہے جو معلومات DYCD کے ذریعہ DOE اسٹاف سے حاصل کی گئی ہیں اور میں DYCD کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ مسلسل بنیاد پر DOE کے ساتھ ان معلومات کا اشتراک کرے۔

ہاں، میں اپنی اجازت دیتا ہوں نہیں میں اپنی اجازت نہیں دیتا

طالب علم/درخواست دہندہ کا نام:

والدین/سرپرست کا نام:

والدین/سرپرست کا دستخط:

اضافی والدین/سرپرست کا نام (اختیاری):

اضافی والدین/سرپرست کا دستخط (اختیاری):