صرف دفتری استعمال کے لئے (Office Use Only)	
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 ڈپارٹمنٹ (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 کمپریہینسیوآفٹر 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 سائٹ 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 ہوسکتی 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۔

حصّہ 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

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

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

درخواست دہندہ کی **جنس** (ایک منتخب کریں):	درخواست دہندہ کی **نسل** (ان تمام کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو):	**درخواست دہندہ کی قومیت** (ایک کو منتخب کریں):
☐ مرد ☐ عورت ☐ غیر متعین جنس	☐ امریکن انڈین اور الاسکائی قبائلی ☐ ایشیائی ☐ سیاہ فام یا افریقی-امریکی ☐ ہوائی کا قبائلی اور دیگر جزیرہ بحرالکاحل کا باشندہ ☐ سفید فام یا کاکیشیائی ☐ دیگر	☐ ہسپانوی یا لاطینو (a) ☐ غیر ہسپانوی یا لاطینو (a)

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

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

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

ہنگامی رابطہ کی معلومات

کم سے کم ایک ہنگامی رابطہ دینا ضروری ہے

1

ہنگامی رابطہ #1 نام:	**درخواست دہندہ سے رشتہ:** ☐ 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 ☐ وہی پتہ جو شرکت کنندہ کا ہے	**شہر:**	**ریاست:**	**زپ کوڈ:**

2

ہنگامی صورت میں رابطہ #2 نام:	**درخواست دہندہ سے رشتہ:** ☐ 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 ☐ وہی پتہ جو شرکت کنندہ کا ہے	**شہر:**	**ریاست:**	**زپ کوڈ:**

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:**	**نام:**

حصّہ 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: ☐ Kinder ☐1st ☐2nd ☐3rd ☐4th ☐5th

مڈل اسکول: ☐ 6th ☐ 7th ☐ 8th

ہائی اسکول: ☐ 9th ☐ 10th ☐ 11th ☐ 12th

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):

☐ کُل وقتی ملازم
☐ بے روزگار (مختصر مدت کے لئے ، 6 ماہ یا اس سے کم)
☐ تارکین وطن موسمی کارکنان
☐ جُز 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 (افرادی 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:		
اسکول کا پتہ:	**شہر:**	**زپ کوڈ:**

حصّہ 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)

☐ نہیں ☐ ہاں ____

کیا درخواست دہندہ کو دمہ ہے؟

☐ نہیں ☐ ہاں ____

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

☐ نہیں ☐ ہاں ____

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

☐ نہیں ☐ ہاں ____

کیا ایسی سرگرمیاں ہیں جن میں درخواست دہندہ شرکت نہیں کرسکتا؟

☐ نہیں ☐ ہاں ____

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

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

☐ ہاں ☐ نہیں
☐ جواب دینے سے انکار

***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 ریاستی پروگرام
☐ ملازمت پر مبنی
☐ ڈائرکٹ پرچیز
☐ ریاستی بچوں کی صحت کا بیمہ برائے بالغان
☐ ملٹری ہیلتھ کیئر
☐ 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

***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

حصّہ V درخواست دہندہ کی اضافی معلومات

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

درخواست دہندہ کی بنیادی زبان (ایک منتخب کریں):

☐ انگریزی	☐ البانوی	☐ عربی
☐ بنگالی	☐ چینی*	☐ فرانسیسی
☐ فولانی	☐ جرمن	☐ گجراتی
☐ ہیشیئن کیرول	☐ عبرانی	☐ ہندی
☐ ہنگریائی	☐ اطالوی	☐ جاپانی
☐ کوریائی	☐ کرو، آئیبو، یا یوروبا	☐ مینڈے
☐ پنجابی	☐ فارسی	☐ پولش
☐ پرتگالی	☐ رومانیائی	☐ روسی
☐ ہسپانوی	☐ تیگالوگ	☐ ترکی
☐ اردو	☐ ویتنامی	☐ یدّش
☐ دیگر ________________		

بشمول کینٹونیز اور مینڈارین

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

☐ انگریزی	☐ البانوی	☐ عربی
☐ بنگالی	☐ چینی*	☐ فرانسیسی
☐ فولانی	☐ جرمن	☐ گجراتی
☐ ہیشیئن کیرول	☐ عبرانی	☐ ہندی
☐ ☐ ہنگریائی	☐ اطالوی	☐ جاپانی
☐ ☐ کوریائی	☐ کرو، آئیبو، یا یوروبا	☐ مینڈے
☐ پنجابی	☐ فارسی	☐ پولش
☐ پرتگالی	☐ رومانیائی	☐ روسی
☐ ہسپانوی	☐ تیگالوگ	☐ ترکی
☐ اردو	☐ ویتنامی	☐ یدّش
☐ دیگر ________________________________		

☐ اطلاق نہیں ہوتا (درخواست دہندہ کے ذریعہ بولی جانے والی صرف ایک زبان)

بشمول کینٹونیز 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۔

کیا درخواست دہندہ مندرجہ ذیل میں سے کوئی ہے:

والدین/قانونی سرپرست؟	☐ ہاں	☐ نہیں	
مجرم / قانونی چارہ جوئی میں ملوث؟	☐ ہاں	☐ نہیں	
	☐ ہاں	☐ نہیں	
رضاعی نگراں شرکت کنندہ؟	☐ ہاں	☐ نہیں	
فرار نوجوان؟	☐ ہاں	☐ نہیں	
سابق فوجی؟	☐ ہاں	☐ نہیں	
باعمل فوجی عملہ؟	☐ ہاں	☐ نہیں	
معذور فرد؟	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ جواب دینے سے انکار

***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 / حرکاتی نقص
- ☐ بصارت سے متعلق
- ☐ دیگر________________________________
- ☐ جواب دینے سے انکار

حصّہ VI گھرانے کی معلومات

تمام اگلے سیٹ کے سوالات کے لئے، **گھرانا** 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 ایسے گھرانے میں رہتا ہے جس کے سرپرست ہیں (ایک کو منتخب کریں):

☐ تنہا والدہ – عورت ☐ دو بالغ – بچے نہیں
☐ تنہا والد – مرد ☐ دو والدین والا گھرانا
☐ تنہا شخص – بچے نہیں ☐ کئی نسلوں پر مبنی گھرانا
☐ بالغ افراد جن کا بچوں کے ساتھ رشتہ نہیں ہے ☐ دیگر ________________

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

درخواست دہندہ کی رہائش کی قسم

☐ اپنا ☐ کرایے کا ☐ NYCHA
☐ پناہ گاہ ☐ بے گھر
☐ دیگر مستقل رہائش گاہ
☐ دیگر ____

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

☐ ایک	☐ دو	☐ تین
☐ چار	☐ پانچ	☐ چھ
☐ سات	☐ آٹھ	☐ نو
☐ دس	☐ گیارہ	☐ بارہ
☐ تیرہ	☐ چودہ	☐ پندرہ
☐ سولہ	☐ سترہ	☐ اٹھارہ
☐ انیس	☐ بیس +	

گزشتہ 12 ماہ میں گھرانے کی کل آمدنی (ایک منتخب کریں):

☐ 0$	☐ 1$ سے 12,060$	☐ 12,061$ سے 16,240$
☐ 16,241$ سے 20,420$	☐ 20,421$ سے 24,600$	☐ 24,601$ سے 28,780$
☐ 28,781$ سے 32,960$	☐ 32,961$ سے 37,140$	☐ 37,141$ سے 41,320$
☐ 41,321$ سے 50,000$	☐ 50,001$ سے 60,000$	☐ 60,001$ سے 70,000$
☐ 70,001$ سے 80,000$	☐ 80,001$ سے 90,000$	☐ 90,001$ سے 100,000$
☐ 100,000$+	☐ جواب دینے سے انکار	

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

☐ ملازمت کی اجرت	☐ حسب استطاعت نگہداشت کے قانون کی سبسیڈی	☐ نان و نفقہ یا دیگر ازدواجی اعانت	☐ چائلڈ سپورٹ
☐ چائلڈ کیریئر واؤچر	☐ کمائی ہوئی آمدنی کا ٹیکس کریڈٹ (EITC)	☐ 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 آمدنی	☐ سوشل سیکورٹی ڈس ابیلیٹی انکم (SSDI)	☐ سپپلیمنٹل سیکورٹی انکم (SSI)	☐ سپلیمنٹل نیوٹریشن اسسٹنس پروگرام (SNAP)
☐ ٹیمپوریری اسسٹنس فار نیڈی فیملیز (TANF)	☐ بے روزگاری بیمہ	☐ VA غیر سروس منسلک معذوری پنشن	☐ VA سروس سے منسلک معذوری معاوضہ
☐ WIC	☐ کارکن کا معاوضہ	☐ دیگر ________________________	

☐ جواب دینے سے انکار

حصّہ VII اقرار نامہ اور دستخط

لے جانے /چھٹی 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

شرکت کنندہ کا دستخط	شرکت کنندہ: نام جلی حروف میں	تاریخ

اگر شرکت کنندہ 18 سال سے کم عمر کا ہو:

والدین/سرپرست کا دستخط	والدین/سرپرست: نام جلی حروف میں	تاریخ

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

شرکت کنندہ کا دستخط	شرکت کنندہ: نام جلی حروف میں	تاریخ

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

والدین/سرپرست کا دستخط	والدین/سرپرست: نام جلی حروف میں	تاریخ

فوٹوگرافی / ویڈیوٹیپنگ 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، ویڈیوٹیپ، 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

شرکت کنندہ کا پورا نام	شرکت کنندہ کا دستخط	تاریخ

اگر شرکت کنندہ 18 سال سے کم عمر کا ہو:

شرکت کنندہ کا پورا نام	والدین/سرپرست کا دستخط	تاریخ

NYC Department of Youth & Community Development | COMPASS NYC | SONYC | Beacon Centers of New York City | CORNERSTONE

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

ڈپارٹمنٹ اف یوتھ اینڈ کمیونٹی ڈیولپمنٹ (DYCD) آپ کو بچے کو اس کے تمام تر امکانات تک پہنچنے 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 اعلی 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 کررہے 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 گریجویشن 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؟

صرف 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: ____________________ تاریخ: ____________

اضافی والدین/سرپرست کا نام *(اختیاری)*: ____________________

اضافی والدین/سرپرست کا دستخط *(اختیاری)*: ____________________

:CBO ____________________

اسکول: ____________________

آفٹر اسکول تشخیصی ڈیٹا جمع کرنے میں حصہ لینے کے لئے والدین کی رضامندی
(صرف SONYC اور COMPASS ہائی کے شرکت کنندگان کے لئے)

محترم والدین:

آپ کا بچہ ایک آفٹر اسکول پروگرام میں داخل ہے جو ڈپارٹمنٹ اف یوتھ اینڈ کمیونٹی ڈیولپمنٹ (DYCD) کے ذریعہ تعاون یافتہ ہے۔ امریکی انسٹی ٹیوٹ فار ریسرچ (AIR) ان آفٹر اسکول پروگراموں کا مطالعہ کر رہا ہے جو COMPASS کا حصہ ہیں۔ ان پروگراموں کی اثر انگیزی کی نگرانی اور ان کی مستقبل کی کامیابی کو یقینی بنانے کے لئے، DYCD اور اس کے تشخیصی پارٹنر AIR، آفٹر اسکول پروگرام کے شرکاء اور اس میں ان کے تجربات کے بارے میں معلومات جمع کر رہے ہیں، خاص طور پر نوجوان قیادت کی ترقی کے ارد گرد۔ اس پروجیکٹ کو محکمہ تعلیم (DOE) کے ذریعہ منظور کیا گیا ہے۔ AIR کچھ آفٹر اسکول پروگراموں کا دورہ کرے گا اور DYCD آفٹر اسکول پروگراموں کے بارے میں مزید جاننے اور اسے کیسے بہتر بنایا جاسکتا ہے اس کے لئے اس کے عملے کے ساتھ ساتھ نوجوانوں اور ان کے خاندانوں کا سروے کرے گا۔

ہم مطالعہ سے متعلق مندرجہ ذیل سرگرمیوں کو انجام دینے کیلئے والدین سے اجازت طلب کرتے ہیں:

- ان بچوں میں 10 منٹ کا سروے کریں جس میں اس DYCD آفٹر اسکول پروگرام، جس میں وہ شرکت کررہے ہیں اور آفٹر اسکول پروگرام میں نوجوانوں کی قیادت کی ترقی کے متعلق ان کے کیا خیالات ہیں، اس کے بارے میں پوچھیں۔
- بچوں کو 45 منٹ کے فوکس گروپ میں اور / یا اس DYCD آفٹر اسکول پروگرام کے بارے میں انٹرویو میں شرکت کے لیے مدعو کریں جن میں وہ شرکت کرتے ہیں، جو آفٹر اسکول پروگرام میں ان کے تجربے اور نوجوان قیادت کے فروغ سے متعلق ان کی سمجھ پر مرکوز ہونی چاہیے۔

AIR نیویارک سٹی ڈپارٹمنٹ آف ایجوکیشن سے آپ کے بچے کے اسکول کے ریکارڈوں کو بھی جمع اور اس کا تجزیہ کر سکتا ہے، جس میں آبادیاتی ڈیٹا، اسکول کے دن میں حاضری، تادیبی حوالہ جات، گریڈ کی ترقی، اور تعلیمی کارکردگی کا ڈیٹا (جیسے ٹیسٹ کے سکورز اور گریڈ) شامل ہیں۔ یہ اعداد و شمار گمنام اور مکمل طور پر خفیہ ہوتے ہیں۔ ڈیٹا کو اسکول کی سطح پر باہم ملایا جائے گا اور ہم اسکول کی ان معلومات کو انفرادی بچوں یا ان کے خاندانوں سے نہیں جوڑ سکیں گے۔

ہمارے ذریعہ جمع کی گئی کسی طرح کی معلومات کا استعمال صرف DYCD آفٹر اسکول پروگرام کا جائزہ لینے کے لئے کیا جائے گا اور انہیں عوامی نہیں کیا جائے گا۔ صرف ان لوگوں کو ان معلومات تک رسائی حاصل ہو گی جو AIR تشخیصی ٹیم کے ممبر ہیں۔ **تشخیص میں حصہ نہ لینے کے** انتخاب سے آپ **کے بچے پر اسکول میں، آفٹر اسکول پروگرام میں، یا کسی دوسرے طریقے سے اثر نہیں پڑے گا۔** ہم آپ کا نام یا آپ کے بچے کا نام کسی بھی رپورٹ میں استعمال نہیں کریں گے۔ اس مطالعہ میں شرکت کا کوئی معلوم خطرہ نہیں ہے۔ شرکت رضاکارانہ ہے اور شرکاء کسی بھی وقت دستبردار ہو سکتے ہیں۔ براہ کرم مطالعہ کے بارے میں سوالات کے لیے جیسیکا نیومین سے فون (312-588-7341) یا ای میل (org.jnewman@air) کے ذریعہ رابطہ کریں۔

اگر بطور شرکت کنندہ اپنے بچے کے حقوق کے بارے میں آپ کے خدشات یا سوالات ہیں، تو براہ کرم AIR کے ادارہ جاتی جائزہ بورڈ (جو پروجیکٹ کے شرکت کنندگان کے تحفظ کے لئے ذمہ دار ہے) سے org.IRB@air پر، ٹول فری نمبر 0797 -634 -800 -1 پر رابطہ کریں یا اس پتہ پر لکھیں NW, Washington, DC 20007.c/o IRB, 1000 Thomas Jefferson St

مکمل کرنے کے لئے صفحہ کو پلٹیں اور دستخط کریں

آفٹر اسکول تشخیصی ڈیٹا جمع کرنے میں حصہ لینے کے لئے والدین کی رضامندی

مہربانی کرکے ذیل کے اختیارات سے منتخب کریں:

☐ *ہاں، میں اپنے بچے، ______________________________، کو مندرجہ ذیل AIR ڈیٹا جمع کرنے کی سرگرمیوں میں شرکت کی اجازت دیتا ہوں:*

☐ *میرا بچہ نوجوان قیادت کے فروغ کے بارے میں AIR سروے مکمل کر سکتا ہے۔*

☐ *میرا بچہ فوکس گروپز آفٹر اسکول پروگرام میں اپنے تجربے اور نوجوانوں کی قیادت کے فروغ سے متعلق اپنی سمجھ کے بارے میں انٹرویو میں حصہ لے سکتا ہے۔*

☐ *اس کے علاوہ، میں DYDC آفٹر اسکول پروگراموں کے تشخیص کے بارے میں ایس ایم ایس ٹیکسٹ پیغام اپ ڈیٹس حاصل کرنا چاہتا ہوں۔ AIR مجھے آئندہ کے رضاکارانہ سروے کے لئے ٹیکسٹ پیغامات بھیج سکتا ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ معیاری پیغام رسانی کی فیس لاگو ہو سکتی ہے، اور میں اسے کسی بھی وقت منسوخ کر سکتا ہوں۔*

☐ ***نہیں، میں نہیں چاہتا ہوں کہ** میرا بچہ، ______________________ AIR کے لئے ڈیٹا جمع کرنے کی سرگرمیوں میں شرکت کرے۔*

____

دستخط *تاریخ*

آڈیو ریکارڈنگ کے لئے اجازت

اگر آپ نے اپنے بچے کو فوکس گروپ اور انٹرویو میں حصہ لینے کی اجازت دی ہے تو، AIR کے تحقیق کنندگان نوٹ لینے کے مقاصد کے لئے طالب علم کے فوکس گروپ اور انٹرویو ریکارڈ کر سکتے ہیں۔ اگر آپ AIR کو فوکس گروپ اور انٹرویو ریکارڈ کرنے کی اجازت دیتے ہیں تو، براہ کرم ذیل میں دستخط کریں۔ ریکارڈنگ کو تحقیقی ٹیم کے باہر کا کوئی فرد نہیں سنے گا، اور مطالعہ ختم ہوجانے کے بعد ریکارڈنگ کو حذف کر دیا جائے گا۔ طلباء کسی بھی وقت ریکارڈر کو بند کرنے کی درخواست کرسکتے ہیں۔

☐ ***ہاں،** میں فوکس گروپ اور انٹرویوز میں اپنے بچے کا آڈیو ریکارڈ کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔*

☐ ***نہیں،** میں فوکس گروپ اور انٹرویوز میں اپنے بچے کا آڈیو ریکارڈ کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہوں۔*

____

دستخط *تاریخ*

پروگرام COMPASS

اگر تشخیص کے بارے میں آپ کے سوالات یا خدشات ہیں تو، براہ کرم AIR کے پروجیکٹ مینیجر جیسکا نیومن سے (312 (-588 7341 پر یا ای میل کے ذریعے org-jnewman@air پر رابطہ کریں۔ اگر DYCD کے آفٹر اسکول پروگراموں کے بارے میں آپ کے سوالات ہیں تو DYCD یوتھ کنیکٹ page-connect-gov/site/dycd/connected/youth-nyc-http://www1 پر جائیں یا بذریعہ فون 1-800-246-4646 پر رابطہ کریں۔