

Office Use Only

Date Application Received:

Enrollment Date:

Intake Specialist/Staff:

Additional Information:



Search for and apply to DYCD Programs Online!

<https://discoverdycd.dyconnect.nyc/home>

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

欢迎来到**DYCD**！这份表格让您或您的孩子申请DYCD综合课后系统（COMPASS）、Beacon或Cornerstone青少年项目。每个地点每人只能提交一份申请。提交表格并不保证您有资格参加该计划，我们可能会询问更多信息，看看您是否符合资格。如果被接受，该项目将不会花费您任何费用。我们收集一些信息，如**性别、种族、民族、语言和医疗保险状态**，仅用于规划目的。您对这些问题的回答不会影响您获得福利或服务状态，未经您的许可，不会分享给DYCD之外的人。**收入、家庭信息和教育/工作状况**可能会影响某些项目的资格。收集您的信息有助于DYCD了解谁从我们的计划中受益。这有助于我们改进我们的项目，并使DYCD能够继续为社区提供所需的支持。

第一部分：申请人信息

就本申请而言，**申请人**是指接受服务的人。请选择一个：

☐ 我正在为自己申请

☐ 我是为**我的孩子**完成此申请的家长或监护人

☐ 我是亲属/非亲属，**代表申请人**填写本申请

申请人名：

申请人姓氏：

MI:

申请人的出生日期(月/日/年)：

申请人的主要地址（号码和街道）：

申请人的公寓号码：

申请人所在城市：

邮政编码：

☐ 申请人居住在NYCHA社区（请提供名称）

申请人出生时的性别（选择一个）：

- ☐ 女
☐ 男
☐ X（非男性或女性）
☐ 不确定

申请人的性别（选择所有适用的）：

- ☐ 女
☐ 男
☐ 非二元性别（非女性或男性）
☐ 其它性别
☐ 双重精神（美洲原住民/原住民）
☐ 另一种性别：

- ☐ 不确定
☐ 不理解问题

申请人的英语说得怎么样？

（选择一个）：

- ☐ 流利/非常好
☐ 好
☐ 不太好
☐ 一点也不好

申请人是否有以下情况之一：

- 残疾人？ ☐ 是 ☐ 否
☐ 拒绝回答
 父母/法定监护人？ ☐ 是 ☐ 否
 罪犯/涉案人员？ ☐ 是 ☐ 否
 寄养参与者？ ☐ 是 ☐ 否
 离家出走的青少年？ ☐ 是 ☐ 否
 经验丰富的人？ ☐ 是 ☐ 否
 现役军人？ ☐ 是 ☐ 否
 家庭暴力的受害者？ ☐ 是 ☐ 否
 人口贩运的受害者？ ☐ 是 ☐ 否

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

如果是夏威夷原住民或其他太平洋岛民，请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的)： ☐ 夏威夷人 ☐ 关岛人 ☐ 查莫罗人 ☐ 萨摩亚人 ☐ 斐济人 ☐ 汤加人 ☐ 其他：_____	如果是亚裔，请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的)： ☐ 中国人 ☐ 日本人 ☐ 菲律宾人 ☐ 朝鲜人 ☐ 韩国人 ☐ 越南语 ☐ 亚裔印度人 ☐ 老挝人 ☐ 柬埔寨人 ☐ 孟加拉人 ☐ 苗族人 ☐ 印尼人 ☐ 马来西亚人 ☐ 巴基斯坦人 ☐ 斯里兰卡人 ☐ 台湾人 ☐ 尼泊尔人 ☐ 缅甸人 ☐ 西藏人 ☐ 泰国人 ☐ 其他：_____	如果是西班牙裔或拉丁裔，请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的)： ☐ 墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人/o ☐ 波多黎各人 ☐ 古巴人 ☐ 多米尼加人 ☐ 中美洲人（包括萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯等） ☐ 南美（包括厄瓜多尔人、哥伦比亚人、委内瑞拉人、巴拿马人等） ☐ 其他西班牙裔，拉丁裔/e/a/o，西班牙语起源
申请人的主要语言（选择一种）： ☐ 英语 ☐ 孟加拉语 ☐ 富拉尼语 ☐ 海地克里奥尔语 ☐ 匈牙利语 ☐ 韩语 ☐ 旁遮普语 ☐ 葡萄牙语 ☐ 西班牙语 ☐ 乌尔都语 ☐ 其他：_____ ☐ 阿尔巴尼亚语 ☐ 中文* ☐ 德语 ☐ 希伯来语 ☐ 意大利语 ☐ 克鲁、伊博或约鲁巴语 ☐ 波斯语 ☐ 罗马尼亚语 ☐ 他加禄语 ☐ 越南语 ☐ 阿拉伯语 ☐ 法语 ☐ 古吉拉特语 ☐ 印地语 ☐ 日语 ☐ 曼德语 ☐ 波兰语 ☐ 俄语 ☐ 土耳其语 ☐ 意第绪语 *包括广东话和普通话		申请人所说的其他语言（选择所有适用的选项）： ☐ 英语 ☐ 孟加拉语 ☐ 富拉尼语 ☐ 海地克里奥尔语 ☐ 匈牙利语 ☐ 韩语 ☐ 旁遮普语 ☐ 葡萄牙语 ☐ 西班牙语 ☐ 乌尔都语 ☐ 其他：_____ ☐ 阿尔巴尼亚语 ☐ 中文* ☐ 德语 ☐ 希伯来语 ☐ 意大利语 ☐ 克鲁、伊博或约鲁巴语 ☐ 波斯语 ☐ 罗马尼亚语 ☐ 他加禄语 ☐ 越南语 ☐ 阿拉伯语 ☐ 法语 ☐ 古吉拉特语 ☐ 印地语 ☐ 日语 ☐ 曼德语 ☐ 波兰语 ☐ 俄语 ☐ 土耳其语 ☐ 意第绪语 ☐ 不适用（申请人只能说一种语言） **包括广东话和普通话

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

您或您的任何家庭成员是否曾在美国武装部队、国民警卫队或预备役服役？ ☐ 是 ☐ 否 如果是，您或您的家庭成员是否希望纽约市退伍军人服务部联系您？ ☐ 是 ☐ 否	申请人是否希望收到有关登记投票的信息/被联系** (选择一个)： ☐ 是 ☐ 否 *如果符合以下情况，申请人有资格在美国联邦选举中投票：1) 您是美国公民；2) 您符合所在州的居住要求；3) 您已经18岁了。一些州允许17岁的年轻人在初选中投票，如果他们在大选前年满18岁，则可以登记投票。查看您所在州的选民登记年龄要求。	如果申请人是残疾人，请选择残疾类型。 (选择所有适用的选项) ☐ 认知障碍 ☐ 听力相关 ☐ 学习障碍 ☐ 精神或精神病学 ☐ 身体/慢性健康病症 ☐ 身体上/运动机能受损 ☐ 视觉相关 ☐ 其他：_____ ☐ 拒绝回答
您是如何了解您申请的DYCD项目的？ (选择所有适用的选项)： ☐ 广告 ☐ 拨打了 311 ☐ discoverDYCD ☐ DYCD Community Connect ☐ DYCD 社交媒体 ☐ 家庭成员、朋友或邻居 ☐ 礼拜堂 ☐ 媒体 (报纸、广播、电视等) ☐ 由政府机构推荐 ☐ 由我接受服务的其他组织推荐 (即病例管理、老年中心、收容所等) ☐ 学校 ☐ 街头集市、特别活动或街头外展 ☐ 网站 (请具体说明) _____ ☐ 口头传述 ☐ 其他 (请具体说明) _____		
申请人的性别 (选择所有适用的)： ☐ 女 ☐ 男 ☐ 非二元性别 (非女性或男性) ☐ 其它性别 ☐ 双重精神 (美洲原住民/原住民) ☐ 另一种性别：_____ ☐ 不确定 ☐ 不理解问题 ☐ 拒绝回答	申请人的性取向 ☐ 异性恋 (非同性恋) ☐ 同性恋者 ☐ 女同性恋 ☐ 双性恋 ☐ 泛性 ☐ 无性 ☐ 男同 ☐ 在疑问中 ☐ 不确定 ☐ 其它性取向：_____ ☐ 拒绝回答	
申请人是否认定为变性人？ (选择一个)： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定 ☐ 不理解问题 ☐ 拒绝回答	申请人的性别代词： ☐ 她/她/她的 ☐ 他/他/他的 ☐ 他们/他们/他们的 ☐ 其他代词：_____ ☐ 拒绝回答	

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

第二部分：申请人（或家长/监护人）的联系信息

☐ 以下是申请人的联系信息

电话号码#1 ☐ 家庭座机 ☐ 私人手机 ☐ 工作电话	电话号码#2 ☐ 家庭座机 ☐ 私人手机 ☐ 工作电话	电子邮件地址（必填）： 首选联系方式： ☐ 手机 ☐ 家庭座机 ☐ 电子邮件 ☐ 美国邮政
---	---	---

父母/监护人联系信息：此部分适用于18岁以下的申请人

☐ 以下联系信息是父母/监护人的

父母/监护人姓名： ☐ 家庭座机 ☐ 私人手机 ☐ 工作电话	电话号码 ☐ 家庭座机 ☐ 私人手机 ☐ 工作电话
地址： ☐ 与申请人相同	首选联系方式： ☐ 手机 ☐ 家庭座机 ☐ 电子邮件 ☐ 美国邮政

第三部分：紧急联系人信息

1	紧急联系人 #1 姓名： 紧急联系人地址： ☐ 与申请人相同	紧急联系人主要电话号码： ☐ 家庭座机 ☐ 私人手机 ☐ 工作电话 紧急联系人与申请人的关系： ☐ 紧急联系人是申请人的父母/监护人
2	紧急联系人 #2 姓名： 紧急联系人地址： ☐ 与申请人相同	紧急联系人主要电话号码： ☐ 家庭座机 ☐ 私人手机 ☐ 工作电话 紧急联系人与申请人的关系： ☐ 紧急联系人是申请人的父母/监护人

此部分适用于为孩子报名的父母/监护人

第二部分列出的紧急联系人被授权接走孩子，除非另有说明。以下额外人员被授权接走我的孩子

姓名	电话号	关系:
姓名	电话号	关系:
姓名	电话号	关系:

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

以下人员不得接走我的孩子

姓名 _____ 姓名 _____ 姓名 _____

第四部分：申请人的教育/工作状况

申请人的学校类型（选择一种）：

- ☐ 全日制学生**
☐ 兼职学生**
☐ 不在学校***

如果申请人是 **非全日制学生或全日制学生：请选择申请人的当前等级（选择一个）：

***如果申请人 **不在学校**：请选择申请人完成的最高等级（选择一个）：

小学	☐ 学前班	☐ 幼儿园	☐ 一年级	☐ 二年级	☐ 三年级	☐ 四年级	☐ 五年级
中学	☐ 六年级		☐ 七年级			☐ 八年级	
高中	☐ 九年级	☐ 十年级	☐ 十一年级	☐ 十二年级	☐ 获得高中文凭		☐ 获得高中同等学力
社区学院	☐ 第1学年		☐ 第2学年		☐ 第3学年		☐ 第4学年 ☐ 获得副学士学位
职业/贸易学校	☐ 一些职业或贸易学校的学分，但没有获得证书或学位				☐ 从职业或贸易学校获得证书或学位		
四年制学院/大学	☐ 大一新生		☐ 大二生		☐ 大三生		☐ 大四生
硕士学位：	☐ 获得一些硕士学位学分，但没有获得学位				☐ 获得硕士学位		
专业学位	☐ 一些专业学位学分（如MD、DDS、DVM、LLB、JD），但未获得学位				☐ 获得专业学位（如医学博士、DDS、DVM、LLB、JD）		
博士学位：	☐ 获得一些博士学位学分，但没有获得学位				☐ 获得博士学位		
其它	☐ 获得外国学位				☐ 未获得正规学校教育		

申请人的当前工作状态
 （选择一个）：

- ☐ 全职雇员
☐ 兼职员工
☐ 已退休的
☐ 失业（短期，6个月或更短时间）
☐ 失业（长期，6个月以上）
☐ 失业（非劳动力）
☐ 流动季节性农场工人
☐ 不适用（申请人未满14岁）

全日制学生必填

学生身份证号/OSIS

学校类型：☐ 公立 ☐ 特许 ☐ 私立 ☐ 其他: _____

学校名称:

学校地址:

城市:

邮政编码

第五部分：家庭信息

对于下一组问题，**家庭**被定义为作为一个经济单元共同生活的任何个人或人群体（家庭或非家庭成员）。**收入**是指家庭中所有18岁以上的家庭成员和非家庭成员的总计年度收入。

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

申请人居住的家庭组成方式（选择一个）： ☐ 单亲 - 女性 ☐ 单亲 - 男性 ☐ 单亲父母-无子女 ☐ 有孩子的非亲属成年人 ☐ 两个成年人 - 没有孩子 ☐ 两个家长的家庭 ☐ 多代同堂家庭 ☐ 其它	申请人的住房类型（选择一种）： ☐ 自己的 ☐ 租金 ☐ 无家可归的 ☐ 纽约市住房管理局 ☐ 避难所 ☐ 其他永久性住房 ☐ 其它：_____
申请人的家庭规模（选择一个人数）： ☐ 一 ☐ 二 ☐ 三 ☐ 四 ☐ 五 ☐ 六 ☐ 七 ☐ 八 ☐ 九 ☐ 十 ☐ 十一 ☐ 十二 ☐ 十三 ☐ 十四 ☐ 十五 ☐ 十六 ☐ 十七 ☐ 十八 ☐ 十九 ☐ 二十	估计过去12个月的家庭总收入： \$ _____ (比如 \$45,000) ☐ 拒绝回答
申请人家庭收入来源：（选择所有适用的选项）： ☐ 就业工资 ☐ 《平价医疗法案》补贴 ☐ 赡养费或其他配偶赡养费 ☐ 儿童抚养费 ☐ 儿童保育券 ☐ 所得税抵免（EITC） ☐ 就业税收抵免 ☐ 一般援助 ☐ 住房选择券 ☐ HUD-VASH ☐ 低收入家庭能源援助计划 ☐ 退休金 ☐ 永久性支持性住房 ☐ 私人残疾保险 ☐ 公共住房 ☐ 安全网/家庭救济 ☐ 社会保障退休收入 ☐ 社会保障残疾收入 ☐ 补充安全收入（SSI） ☐ 补充营养援助计划（SNAP） ☐ 贫困家庭临时援助 ☐ 失业保险 ☐ 与VA非服务有关的残疾退休金 ☐ VA服务-有关的残疾补偿 ☐ WIC ☐ 工人补偿 ☐ 其他：_____ ☐ 拒绝回答	
第六部分：申请人的健康保险状况	
申请人是否有健康保险？（选择一个）： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒绝回答	如果是，申请人有哪种健康保险？（勾选所有适用项） ☐ 医疗补助 ☐ 直接购买 ☐ 医疗保险 ☐ 以就业为基础 ☐ 国家儿童健康保险计划 ☐ 国家成人儿童健康保险 ☐ 军事卫生保健 ☐ 拒绝回答
如果您没有健康保险，您想让别人联系您，提供有关注册公共健康保险的信息吗？（选择一个） ☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒绝回答	如果您想就注册公共健康保险事宜与您取得联系，您首选的联系方式是什么？（选择一个）： ☐ 电邮 ☐ 电话 ☐ 美国邮政 ☐ 通过提供商 ☐ 拒绝回答

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

"请回答以下问题，并在提供的空间中提供额外的详细信息。许多需求或健康挑战可以得到满足，并可能不会限制您参加该项目。

申请人是否有任何过敏情况（例如，食物、药物等）？

☐ 否 ☐ 是

申请人是否有哮喘？

☐ 否 ☐ 是

申请人是否有特殊健康护理需求？

☐ 否 ☐ 是

申请人是否因任何病症或疾病服用药物？

☐ 否 ☐ 是

申请人是否有不能参与的活动？

☐ 否 ☐ 是

请提供任何额外的健康信息细节：

☐ 不适用

请列出您申请人所要求的任何住宿安排

☐ 不适用

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

第七部分：同意与签名

接送/放学信息

为孩子报名的父母/监护人必须回答此问题

我的孩子在放学后有权独自回家：

☐ 是 ☐ 否

参与同意

据我所知，上述信息真实无误。我同意对其进行验证，并理解虚假信息可能成为终止服务的理由。提供的信息可能会被纽约市用于改善市政服务和服务的获取，以及申请额外资金。

如果参与者年满18岁及以上：

我确认自己年满18岁或以上，并且有权给予同意。

☐ 是 ☐ 否

参与者签名

参与者：打印姓名

日期

如果参与者未满18岁

父母/监护人签名

父母/监护人：打印姓名

日期

紧急医疗治疗同意书

如果参与者年满18岁及以上：

"我已报名参加一个由DYCD资助的项目。在医疗紧急情况下，我特此同意为我获取必要的紧急医疗治疗。我进一步授权联系列出的紧急联系人。

☐ "是的，我给予许可 ☐ 不，我不给予许可

参与者签名

参与者：打印姓名

日期

如果参与者未满18岁

我的孩子已报名参加一个由DYCD资助的项目。在医疗紧急情况下，我特此同意为我的孩子获取必要的紧急医疗治疗，并了解会尽快通知我。我理解在提供医疗护理之前和之后，将尽一切努力联系我，或在我无法联系的情况下，联系列出的紧急联系人。

☐ 是的，我给予许可 ☐ 不，我不给予许可

父母/监护人签名

父母/监护人：打印姓名

日期

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

摄影/录像和原创作品使用同意书

作为一个报名参加DYCD资助项目的参与者，请注意，DYCD和纽约市、其合同提供商、授权代理人、合作的第三方组织或其他政府代表（统称为“授权方”）**可能会**在项目活动和与项目服务相关的特别活动期间出席，无论是在常规项目地点还是在异地活动中。在某些情况下，他们可能会拍摄照片、录像、采访或以其他方式记录参与者及其家人和朋友。所得的图像、视频和采访可能会在印刷和电子媒体中使用，包括宣传册、书籍、印刷和电子邮件通讯、DYCD和视频、网站、社交媒体和博客（统称为“媒体”），**使用时**可能会有或没有参与者的姓名。

我特此授权并允许授权方在没有报酬和进一步批准的情况下，拍摄和/或录制我和我孩子的图像、姓名、肖像以及我和我孩子的声音，期间为DYCD资助的项目活动和特别活动。我同意授权方将所得的图像、视频和采访用于任何和所有媒体中，且仅用于非营利、非商业目的，同样不需报酬和进一步批准。

☐ 是 ☐ 否

如果在参加DYCD资助的项目活动和特别活动期间，我或我的孩子创作了任何原创作品，如艺术、音乐、舞蹈、诗歌或散文（统称为“原创作品”），**我特此同意**授权方在没有报酬和进一步批准的情况下，使用这些原创作品，仅用于非营利、非商业目的，并在任何和所有媒体中使用。

☐ 是 ☐ 否

如果参与者年满18岁及以上：

我确认自己年满18岁或以上，并有权给予同意。

☐ 是 ☐ 否

参与者的全名

参与者签名

日期

如果参与者未满18岁：

参与者的全名

父母/监护人签名

日期

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

父母/监护人同意收集和共享学生信息

青年与社区发展部（DYCD）为该项目提供资助，以帮助您协助您的孩子发挥其全部潜力。我们的许多项目由社区组织运营。我们致力于确保您和您的孩子所获得的服务质量最高。DYCD 请求您的许可，以便我们收集关于您孩子的信息，包括他们的参与情况和所提供服务的数量。

DYCD 请求获取您孩子学生记录中的哪些信息？

我们请求您的许可，让纽约市公立学校（NYCPS）与DYCD共享您孩子学生记录中的个人信息。我们希望收集的信息包括生物信息和注册信息（特别是您孩子的姓名、地址、出生日期、学生识别号码、年级、就读学校及转学、退学和毕业数据）；关于您孩子的学校出勤数据（包括出勤天数和缺勤情况）；学业表现数据（包括您孩子在州级和国家级考试中的成绩、获得的学分、成绩、升留级情况和体能测试分数）；以及与您任何纪律处分有关的数据（包括停学的数量和类型）。

我们请求在过去、现在和未来（即持续）的基础上收集上述关于您孩子的信息。我们还请求您的许可，让DYCD与NYCPS工作人员共享我们从您和/或您的孩子处收集的入学表格上的信息。这些信息包括注册信息、学生的兴趣和挑战、所报名的项目类型以及参与频率。这些信息将用于帮助学校和社区组织共同合作，以满足您和您孩子的需求。

谁会查看我孩子的信息，信息将如何保护？

只有管理数据系统和准备研究报告及项目分析的DYCD和NYCPS工作人员会查看您孩子的个人信息。被确定接收个人信息的DYCD工作人员数量有限，他们经过筛选，并接受了广泛的培训，以遵循严格的信息保密保护指南。这些个人信息只会在NYCPS和DYCD之间以电子方式共享，并在DYCD数据库中得到安全保护。个人信息不会与任何社区组织或其工作人员共享。我们不会在任何公开报告中使用您或您孩子的姓名。虽然我们请求您的同意，但您对以下请求的回应不会对您孩子参与DYCD资助的项目。

请对以下每项声明选择“是”或“否”：

我理解DYCD为何请求我授权访问上述我孩子学生记录中的信息，并且我同意NYCPS持续与DYCD共享这些信息。"

☐ 是的，我给予许可 ☐ 不，我不给予许可

我理解DYCD为何请求我授权将DYCD收集的关于我孩子的信息与NYCPS工作人员共享，并且我同意DYCD持续与NYCPS共享这些信息。

☐ 是的，我给予许可 ☐ 不，我不给予许可

学生/申请人姓名: _____

父母/监护人姓名: _____

父母/监护人签名: _____ 日期: _____

附加父母/监护人姓名（可选）: _____

附加父母/监护人签名（可选）: _____

DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

同意转介和分享信息

纽约市青年和社区部（DYCD）投资于项目和服务，以帮助我们的社区和生活在這裡的人们。我们希望确保您了解他们，并使您能够轻松申请。

为什么我们需要您的同意

有了它，我们可以：

- 决定您是否有资格获得服务；
- 向您发送您可以申请的DYCD资助项目和服务的信息；
- 向您发送与计划改进相关的研究活动、焦点小组和调查的信息；
- 与您申请的项目共享您的DYCD参与者申请中的信息；以及
- 跟踪您收到的服务的结果。

我们共享的内容

我们只会提供信息来证明您符合资格或帮助您注册DYCD资助的项目。

谁能看到您的信息以及我们如何保护它

只有DYCD和DYCD基金项目的授权员工才能查看。

请阅读以下内容，勾选其中一个框，然后填写其余部分。

我理解DYCD为什么需要我的同意：

- 决定您是否有资格获得服务；
- 向我发送有关我可以申请的项目和服务的信息；
- 请向我介绍DYCD资助的项目；
- 向我发送与计划改进相关的研究活动、焦点小组和调查的信息；
- 与我申请的项目共享我的DYCD参与者申请中的信息；以及
- 跟踪我收到的服务的结果。

☐ 是的，我同意。

☐ 不，我不同意。

参与者的全名（请用正楷书写）

参与者（或18岁以下参与者的父母/监护人）签名

日期