

Office Use Only

Date Application Received:

Enrollment Date:

Intake Specialist/Staff:

Additional Information:



Search for and apply to DYCD Programs Online!

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

DYCD 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

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**健康保险**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：	
<input type="checkbox"/> 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）：	申请人的性别（选择所有适用的）：	申请人是否有以下情况之一：	
<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> X（非男性或女性） <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 非二元性别（非女性或男性） <input type="checkbox"/> 其它性别 <input type="checkbox"/> 双重精神（美洲原住民/原住民） <input type="checkbox"/> 另一种性别： <hr style="width: 100%;"/> <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 不理解问题		
申请人的英语说得怎么样？		残疾人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答 父母/法定监护人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 罪犯/涉案人员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 寄养参与者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 离家出走的青少年？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 经验丰富的人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 现役军人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
(选择一个)： <input type="checkbox"/> 流利/非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不太好 <input type="checkbox"/> 一点也不好			

DYCD 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

<p>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)：</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷人 <input type="checkbox"/> 关岛人 <input type="checkbox"/> 查莫罗人 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 斐济人 <input type="checkbox"/> 汤加人 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p>	<p>如果是亚裔，请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的)：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 中国人</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 印尼人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 日本人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 马来西亚人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 菲律宾人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 巴基斯坦人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 朝鲜人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 斯里兰卡人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 韩国人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 台湾人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 越南语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 尼泊尔人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 亚裔印度人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 缅甸人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 老挝人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 西藏人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 柬埔寨人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 泰国人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 孟加拉人</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 其他：_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 苗族</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 印尼人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 马来西亚人	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 巴基斯坦人	<input type="checkbox"/> 朝鲜人	<input type="checkbox"/> 斯里兰卡人	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 台湾人	<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 尼泊尔人	<input type="checkbox"/> 亚裔印度人	<input type="checkbox"/> 缅甸人	<input type="checkbox"/> 老挝人	<input type="checkbox"/> 西藏人	<input type="checkbox"/> 柬埔寨人	<input type="checkbox"/> 泰国人	<input type="checkbox"/> 孟加拉人	<input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 苗族		<p>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)：</p> <p><input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人/o <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 多米尼加人 <input type="checkbox"/> 中美洲人（包括萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯等） <input type="checkbox"/> 南美人（包括厄瓜多尔人、哥伦比亚人、委内瑞拉人、巴拿马人等） <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔，拉丁裔/e/a/o，西班牙语起源</p>																																												
<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 印尼人																																																																			
<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 马来西亚人																																																																			
<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 巴基斯坦人																																																																			
<input type="checkbox"/> 朝鲜人	<input type="checkbox"/> 斯里兰卡人																																																																			
<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 台湾人																																																																			
<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 尼泊尔人																																																																			
<input type="checkbox"/> 亚裔印度人	<input type="checkbox"/> 缅甸人																																																																			
<input type="checkbox"/> 老挝人	<input type="checkbox"/> 西藏人																																																																			
<input type="checkbox"/> 柬埔寨人	<input type="checkbox"/> 泰国人																																																																			
<input type="checkbox"/> 孟加拉人	<input type="checkbox"/> 其他：_____																																																																			
<input type="checkbox"/> 苗族																																																																				
<p>申请人的主要语言（选择一种）：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 英语</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 阿拉伯语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 孟加拉语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 中文*</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 法语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 富拉尼语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 德语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 古吉拉特语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 希伯来语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 印地语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 匈牙利语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 意大利语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 日语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 韩语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 曼德语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 旁遮普语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 波斯语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 波兰语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 葡萄牙语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 罗马尼亚语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 俄语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 西班牙语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 他加禄语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 土耳其语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 乌尔都语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 越南语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 意第绪语</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> 其他：_____</td> </tr> </table> <p><small>*包括广东话和普通话</small></p>		<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语	<input type="checkbox"/> 阿拉伯语	<input type="checkbox"/> 孟加拉语	<input type="checkbox"/> 中文*	<input type="checkbox"/> 法语	<input type="checkbox"/> 富拉尼语	<input type="checkbox"/> 德语	<input type="checkbox"/> 古吉拉特语	<input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语	<input type="checkbox"/> 希伯来语	<input type="checkbox"/> 印地语	<input type="checkbox"/> 匈牙利语	<input type="checkbox"/> 意大利语	<input type="checkbox"/> 日语	<input type="checkbox"/> 韩语	<input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语	<input type="checkbox"/> 曼德语	<input type="checkbox"/> 旁遮普语	<input type="checkbox"/> 波斯语	<input type="checkbox"/> 波兰语	<input type="checkbox"/> 葡萄牙语	<input type="checkbox"/> 罗马尼亚语	<input type="checkbox"/> 俄语	<input type="checkbox"/> 西班牙语	<input type="checkbox"/> 他加禄语	<input type="checkbox"/> 土耳其语	<input type="checkbox"/> 乌尔都语	<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 意第绪语	<input type="checkbox"/> 其他：_____			<p>申请人所说的其他语言（选择所有适用的选项）：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 英语</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 阿拉伯语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 孟加拉语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 中文*</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 法语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 富拉尼语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 德语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 古吉拉特语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 希伯来语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 印地语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 匈牙利语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 意大利语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 日语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 韩语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 曼德语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 旁遮普语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 波斯语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 波兰语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 葡萄牙语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 罗马尼亚语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 俄语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 西班牙语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 他加禄语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 土耳其语</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 乌尔都语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 越南语</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 意第绪语</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><input type="checkbox"/> 其他：_____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 不适用（申请人只能说一种语言）</p> <p><small>**包括广东话和普通话</small></p>	<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语	<input type="checkbox"/> 阿拉伯语	<input type="checkbox"/> 孟加拉语	<input type="checkbox"/> 中文*	<input type="checkbox"/> 法语	<input type="checkbox"/> 富拉尼语	<input type="checkbox"/> 德语	<input type="checkbox"/> 古吉拉特语	<input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语	<input type="checkbox"/> 希伯来语	<input type="checkbox"/> 印地语	<input type="checkbox"/> 匈牙利语	<input type="checkbox"/> 意大利语	<input type="checkbox"/> 日语	<input type="checkbox"/> 韩语	<input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语	<input type="checkbox"/> 曼德语	<input type="checkbox"/> 旁遮普语	<input type="checkbox"/> 波斯语	<input type="checkbox"/> 波兰语	<input type="checkbox"/> 葡萄牙语	<input type="checkbox"/> 罗马尼亚语	<input type="checkbox"/> 俄语	<input type="checkbox"/> 西班牙语	<input type="checkbox"/> 他加禄语	<input type="checkbox"/> 土耳其语	<input type="checkbox"/> 乌尔都语	<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 意第绪语	<input type="checkbox"/> 其他：_____		
<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语	<input type="checkbox"/> 阿拉伯语																																																																		
<input type="checkbox"/> 孟加拉语	<input type="checkbox"/> 中文*	<input type="checkbox"/> 法语																																																																		
<input type="checkbox"/> 富拉尼语	<input type="checkbox"/> 德语	<input type="checkbox"/> 古吉拉特语																																																																		
<input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语	<input type="checkbox"/> 希伯来语	<input type="checkbox"/> 印地语																																																																		
<input type="checkbox"/> 匈牙利语	<input type="checkbox"/> 意大利语	<input type="checkbox"/> 日语																																																																		
<input type="checkbox"/> 韩语	<input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语	<input type="checkbox"/> 曼德语																																																																		
<input type="checkbox"/> 旁遮普语	<input type="checkbox"/> 波斯语	<input type="checkbox"/> 波兰语																																																																		
<input type="checkbox"/> 葡萄牙语	<input type="checkbox"/> 罗马尼亚语	<input type="checkbox"/> 俄语																																																																		
<input type="checkbox"/> 西班牙语	<input type="checkbox"/> 他加禄语	<input type="checkbox"/> 土耳其语																																																																		
<input type="checkbox"/> 乌尔都语	<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 意第绪语																																																																		
<input type="checkbox"/> 其他：_____																																																																				
<input type="checkbox"/> 英语	<input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语	<input type="checkbox"/> 阿拉伯语																																																																		
<input type="checkbox"/> 孟加拉语	<input type="checkbox"/> 中文*	<input type="checkbox"/> 法语																																																																		
<input type="checkbox"/> 富拉尼语	<input type="checkbox"/> 德语	<input type="checkbox"/> 古吉拉特语																																																																		
<input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语	<input type="checkbox"/> 希伯来语	<input type="checkbox"/> 印地语																																																																		
<input type="checkbox"/> 匈牙利语	<input type="checkbox"/> 意大利语	<input type="checkbox"/> 日语																																																																		
<input type="checkbox"/> 韩语	<input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语	<input type="checkbox"/> 曼德语																																																																		
<input type="checkbox"/> 旁遮普语	<input type="checkbox"/> 波斯语	<input type="checkbox"/> 波兰语																																																																		
<input type="checkbox"/> 葡萄牙语	<input type="checkbox"/> 罗马尼亚语	<input type="checkbox"/> 俄语																																																																		
<input type="checkbox"/> 西班牙语	<input type="checkbox"/> 他加禄语	<input type="checkbox"/> 土耳其语																																																																		
<input type="checkbox"/> 乌尔都语	<input type="checkbox"/> 越南语	<input type="checkbox"/> 意第绪语																																																																		
<input type="checkbox"/> 其他：_____																																																																				

DYCD 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

<p>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）</p> <p><input type="checkbox"/> 认知障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 听力相关</p> <p><input type="checkbox"/> 学习障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 精神或精神病学</p> <p><input type="checkbox"/> 身体/慢性健康病症</p> <p><input type="checkbox"/> 身体上/运动机能受损</p> <p><input type="checkbox"/> 视觉相关</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
--	--

您是如何了解您申请的DYCD项目的？（选择所有适用的选项）：

<input type="checkbox"/> 广告	<input type="checkbox"/> 由政府机构推荐
<input type="checkbox"/> 拨打了 311	<input type="checkbox"/> 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）
<input type="checkbox"/> discoverDYCD	<input type="checkbox"/> 学校
<input type="checkbox"/> DYCD Community Connect	<input type="checkbox"/> 街头集市、特别活动或街头外展
<input type="checkbox"/> DYCD 社交媒体	<input type="checkbox"/> 网站（请具体说明）_____
<input type="checkbox"/> 家庭成员、朋友或邻居	<input type="checkbox"/> 口头传述
<input type="checkbox"/> 礼拜堂	<input type="checkbox"/> 其他（请具体说明）_____
<input type="checkbox"/> 媒体（报纸、广播、电视等）	

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

<p>电话号码#1</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭座机</p> <p><input type="checkbox"/> 私人手机</p> <p><input type="checkbox"/> 工作电话</p>	<p>电话号码#2</p>	<p><input type="checkbox"/> 家庭座机</p> <p><input type="checkbox"/> 私人手机</p> <p><input type="checkbox"/> 工作电话</p>
<p>父母/监护人电子邮件地址（必填）</p>		<p>首选联系方式：</p> <p><input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭座机 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 美国邮政</p>

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

<p>父母/监护人姓名：</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭座机</p> <p><input type="checkbox"/> 私人手机</p> <p><input type="checkbox"/> 工作电话</p>	<p>电话号码</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭座机</p> <p><input type="checkbox"/> 私人手机</p> <p><input type="checkbox"/> 工作电话</p>
<p>地址：<input type="checkbox"/> 与申请人相同</p>	<p>首选联系方式：</p> <p><input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭座机 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 美国邮政</p>

DYCD 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

第三部分：紧急联系人信息

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

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）： <input type="checkbox"/> 全日制学生** <input type="checkbox"/> 兼职学生** <input type="checkbox"/> 不在学校***	**如果申请人是 <i>非全日制学生</i> 或 <i>全日制学生</i> ：请选择申请人的当前等级（选择一个）： ***如果申请人 <i>不在学校</i> ：请选择申请人完成的最高等级（选择一个）： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">小学</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 学前班</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 幼儿园</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 一年级</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 二年级</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 三年级</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 四年级</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 五年级</td> </tr> <tr> <td>中学</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 六年级</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 七年级</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 八年级</td> </tr> <tr> <td>高中</td> <td><input type="checkbox"/> 九年级</td> <td><input type="checkbox"/> 十年级</td> <td><input type="checkbox"/> 十一年级</td> <td><input type="checkbox"/> 十二年级</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 获得高中文凭</td> <td><input type="checkbox"/> 获得高中同等学力</td> </tr> </table>	小学	<input type="checkbox"/> 学前班	<input type="checkbox"/> 幼儿园	<input type="checkbox"/> 一年级	<input type="checkbox"/> 二年级	<input type="checkbox"/> 三年级	<input type="checkbox"/> 四年级	<input type="checkbox"/> 五年级	中学	<input type="checkbox"/> 六年级		<input type="checkbox"/> 七年级			<input type="checkbox"/> 八年级		高中	<input type="checkbox"/> 九年级	<input type="checkbox"/> 十年级	<input type="checkbox"/> 十一年级	<input type="checkbox"/> 十二年级	<input type="checkbox"/> 获得高中文凭		<input type="checkbox"/> 获得高中同等学力
小学	<input type="checkbox"/> 学前班	<input type="checkbox"/> 幼儿园	<input type="checkbox"/> 一年级	<input type="checkbox"/> 二年级	<input type="checkbox"/> 三年级	<input type="checkbox"/> 四年级	<input type="checkbox"/> 五年级																		
中学	<input type="checkbox"/> 六年级		<input type="checkbox"/> 七年级			<input type="checkbox"/> 八年级																			
高中	<input type="checkbox"/> 九年级	<input type="checkbox"/> 十年级	<input type="checkbox"/> 十一年级	<input type="checkbox"/> 十二年级	<input type="checkbox"/> 获得高中文凭		<input type="checkbox"/> 获得高中同等学力																		

DYCD 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

申请人的当前工作状态 (选择一个) : <input type="checkbox"/> 全职雇员 <input type="checkbox"/> 兼职员工 <input type="checkbox"/> 已退休的 <input type="checkbox"/> 失业 (短期 · 6个月或更短时间) <input type="checkbox"/> 失业 (长期 · 6个月以上) <input type="checkbox"/> 失业 (非劳动力) <input type="checkbox"/> 流动季节性农场工人 <input type="checkbox"/> 不适用 (申请人未满14岁)	社区学院 <input type="checkbox"/> 第1学年 <input type="checkbox"/> 第2学年 <input type="checkbox"/> 第3学年 <input type="checkbox"/> 第4学年 <input type="checkbox"/> 获得副学士学位	<input type="checkbox"/> 一些职业或贸易学校的学分，但没有获得证书或学位	<input type="checkbox"/> 从职业或贸易学校获得证书或学位	<input type="checkbox"/> 大一新生 <input type="checkbox"/> 大二生 <input type="checkbox"/> 大三生 <input type="checkbox"/> 大四生	<input type="checkbox"/> 获得一些硕士学位学分，但没有获得学位 <input type="checkbox"/> 获得硕士学位
	职业/贸易学校 <input type="checkbox"/> 获得一些硕士学位学分，但没有获得学位 <input type="checkbox"/> 获得硕士学位	<input type="checkbox"/> 一些专业学位学分 (如MD、DDS、DVM、LLB、JD)，但未获得学位 <input type="checkbox"/> 获得专业学位 (如医学博士、DDS、DVM、LLB、JD)		<input type="checkbox"/> 获得一些博士学位学分，但没有获得学位 <input type="checkbox"/> 获得博士学位	
	四年制学院/大学 <input type="checkbox"/> 获得一些博士学位学分，但没有获得学位 <input type="checkbox"/> 获得博士学位	<input type="checkbox"/> 获得外国学位 <input type="checkbox"/> 未获得正规学校教育			
全日制学生必填					
学生身份证号/OSIS	学校类型： <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 特许 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 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。					
申请人居住的家庭组成方式 (选择一个) : <input type="checkbox"/> 单亲 - 女性 <input type="checkbox"/> 单亲 - 男性 <input type="checkbox"/> 单亲父母-无子女 <input type="checkbox"/> 有孩子的非亲属成年人 <input type="checkbox"/> 两个成年人 - 没有孩子 <input type="checkbox"/> 两个家长的家庭 <input type="checkbox"/> 多代同堂家庭 <input type="checkbox"/> 其它			申请人的住房类型 (选择一种) : <input type="checkbox"/> 自己的 <input type="checkbox"/> 租金 <input type="checkbox"/> 无家可归的 <input type="checkbox"/> 纽约市住房管理局 <input type="checkbox"/> 避难所 <input type="checkbox"/> 其他永久性住房 <input type="checkbox"/> 其它: _____		
申请人的家庭规模 (选择一个人数) : <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> 六 <input type="checkbox"/> 七 <input type="checkbox"/> 八 <input type="checkbox"/> 九 <input type="checkbox"/> 十 <input type="checkbox"/> 十一 <input type="checkbox"/> 十二 <input type="checkbox"/> 十三 <input type="checkbox"/> 十四 <input type="checkbox"/> 十五 <input type="checkbox"/> 十六 <input type="checkbox"/> 十七 <input type="checkbox"/> 十八 <input type="checkbox"/> 十九 <input type="checkbox"/> 二十				估计过去12个月的家庭总收入： \$ _____ (比如 \$45,000) <input type="checkbox"/> 拒绝回答	
申请人家庭收入来源： (选择所有适用的选项) : <input type="checkbox"/> 就业工资 <input type="checkbox"/> 《平价医疗法案》 <input type="checkbox"/> 赡养费或其他配偶赡养费 <input type="checkbox"/> 儿童抚养费 <input type="checkbox"/> 儿童保育券 <input type="checkbox"/> 所得税抵免 (EITC) <input type="checkbox"/> 就业税收抵免 补贴					

DYCD 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

- | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 一般援助 | <input type="checkbox"/> 住房选择券 | <input type="checkbox"/> HUD-VASH | <input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助计划 | <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 永久性支持性住房 | <input type="checkbox"/> 私人残疾保险 |
| <input type="checkbox"/> 公共住房 | <input type="checkbox"/> 安全网/家庭救济 | <input type="checkbox"/> 社会保障退休收入 | <input type="checkbox"/> 社会保障残疾收入 | <input type="checkbox"/> 补充安全收入 (SSI) | <input type="checkbox"/> 补充营养援助计划 (SNAP) | <input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助 |
| <input type="checkbox"/> 失业保险 | <input type="checkbox"/> 与VA非服务有关的残疾退休金 | <input type="checkbox"/> VA服务-有关的残疾补偿 | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> 工人补偿 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 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
 医疗保险
 国家儿童健康保险计划
 军事卫生保健

如果您没有健康保险， 您想让其他人联系您，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

- 直接购买
 以就业为基础
 国家成人儿童健康保险
 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

"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 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

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 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

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 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

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数据库中受到安全保护。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 通用参与者登记：青少年申请（13岁及以下）

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