

**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

<b>申请人名：</b>	<b>申请人姓氏：</b>	<b>MI:</b>	<b>申请人的出生日期(月/日/年)：</b>
<b>申请人的主要地址（号码和街道）：</b>		<b>申请人的公寓号码：</b>	
<b>申请人所在城市：</b>		<b>邮政编码：</b>	
<input type="checkbox"/> <b>申请人居住在NYCHA社区（请提供名称）</b>			
<b>申请人出生时的性别（选择一个）：</b>	<b>申请人的性别（选择所有适用的）：</b>	<b>申请人是否有以下情况之一：</b>	
<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 <input type="checkbox"/> 拒绝回答		
<b>申请人的英语说得怎么样？</b>			
(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><b>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</b> (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><b>如果是亚裔，请从以下选项中进行选择</b> (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"/> 苗族人</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"/> 苗族人		<p><b>如果是西班牙裔或拉丁裔，请从以下选项中进行选择</b> (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"/> 苗族人																																																																				
<p><b>申请人的主要语言（选择一种）：</b></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><b>申请人所说的其他语言（选择所有适用的选项）：</b></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><b>如果申请人是残疾人，请选择残疾类型。</b>（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><b>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？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><b>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？</b></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><b>首选联系方式：</b></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><b>首选联系方式：</b></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

<b>1</b>	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	
<b>2</b>	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）：

- 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）：

<b>小学</b>	<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
<b>中学</b>	<input type="checkbox"/> 六年级		<input type="checkbox"/> 七年级			<input type="checkbox"/> 八年级	
<b>高中</b>	<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）

- |                               |   |                                       |                                      |                                       |  |                                   |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <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

<p><b>申请人是否有健康保险？（选择一个）：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>	<p><b>如果是，申请人有哪种健康保险？（勾选所有适用项）</b></p> <p><input type="checkbox"/> 医疗补助      <input type="checkbox"/> 医疗保险      <input type="checkbox"/> 国家儿童健康保险计划      <input type="checkbox"/> 军事卫生保健</p> <p><input type="checkbox"/> 直接购买      <input type="checkbox"/> 以就业为基础      <input type="checkbox"/> 国家成人儿童健康保险      <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>
<p><b>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）</b></p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>	<p><b>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）：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 电邮 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 美国邮政 <input type="checkbox"/> 通过提供商 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>

"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影响您孩子参与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这里的人们。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