

### 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  
☐ 拒绝回答

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）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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><br/>(选择所有适用的)：</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷人<br/> <input type="checkbox"/> 关岛人<br/> <input type="checkbox"/> 查莫罗人<br/> <input type="checkbox"/> 萨摩亚人<br/> <input type="checkbox"/> 斐济人<br/> <input type="checkbox"/> 汤加人<br/> <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><br/>(选择所有适用的)：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 中国人<br/> <input type="checkbox"/> 日本人<br/> <input type="checkbox"/> 菲律宾人<br/> <input type="checkbox"/> 朝鲜人<br/> <input type="checkbox"/> 韩国人<br/> <input type="checkbox"/> 越南语<br/> <input type="checkbox"/> 亚裔印度人<br/> <input type="checkbox"/> 老挝人<br/> <input type="checkbox"/> 柬埔寨人<br/> <input type="checkbox"/> 孟加拉人<br/> <input type="checkbox"/> 苗族人 </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 印尼人<br/> <input type="checkbox"/> 马来西亚人<br/> <input type="checkbox"/> 巴基斯坦人<br/> <input type="checkbox"/> 斯里兰卡人<br/> <input type="checkbox"/> 台湾人<br/> <input type="checkbox"/> 尼泊尔人<br/> <input type="checkbox"/> 缅甸人<br/> <input type="checkbox"/> 西藏人<br/> <input type="checkbox"/> 泰国人<br/> <input type="checkbox"/> 其他：_____ </div> </div> | <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><br/>(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<br/> <input type="checkbox"/> 波多黎各人<br/> <input type="checkbox"/> 古巴人<br/> <input type="checkbox"/> 多米尼加人<br/> <input type="checkbox"/> 中美洲人（包括萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯等）<br/> <input type="checkbox"/> 南美（包括厄瓜多尔人、哥伦比亚人、委内瑞拉人、巴拿马人等）<br/> <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔，拉丁裔/e/a/o，西班牙语起源</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>申请人的主要语言（选择一种）：</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 英语<br/> <input type="checkbox"/> 孟加拉语<br/> <input type="checkbox"/> 富拉尼语<br/> <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语<br/> <input type="checkbox"/> 匈牙利语<br/> <input type="checkbox"/> 韩语<br/> <input type="checkbox"/> 旁遮普语<br/> <input type="checkbox"/> 葡萄牙语<br/> <input type="checkbox"/> 西班牙语<br/> <input type="checkbox"/> 乌尔都语<br/> <input type="checkbox"/> 其他：_____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语<br/> <input type="checkbox"/> 中文*<br/> <input type="checkbox"/> 德语<br/> <input type="checkbox"/> 希伯来语<br/> <input type="checkbox"/> 意大利语<br/> <input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语<br/> <input type="checkbox"/> 波斯语<br/> <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语<br/> <input type="checkbox"/> 他加禄语<br/> <input type="checkbox"/> 越南语 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 阿拉伯语<br/> <input type="checkbox"/> 法语<br/> <input type="checkbox"/> 古吉拉特语<br/> <input type="checkbox"/> 印地语<br/> <input type="checkbox"/> 日语<br/> <input type="checkbox"/> 曼德语<br/> <input type="checkbox"/> 波兰语<br/> <input type="checkbox"/> 俄语<br/> <input type="checkbox"/> 土耳其语<br/> <input type="checkbox"/> 意第绪语 </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">*包括广东话和普通话</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>申请人所说的其他语言（选择所有适用的选项）：</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 英语<br/> <input type="checkbox"/> 孟加拉语<br/> <input type="checkbox"/> 富拉尼语<br/> <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语<br/> <input type="checkbox"/> 匈牙利语<br/> <input type="checkbox"/> 韩语<br/> <input type="checkbox"/> 旁遮普语<br/> <input type="checkbox"/> 葡萄牙语<br/> <input type="checkbox"/> 西班牙语<br/> <input type="checkbox"/> 乌尔都语<br/> <input type="checkbox"/> 其他：_____ </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语<br/> <input type="checkbox"/> 中文*<br/> <input type="checkbox"/> 德语<br/> <input type="checkbox"/> 希伯来语<br/> <input type="checkbox"/> 意大利语<br/> <input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语<br/> <input type="checkbox"/> 波斯语<br/> <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语<br/> <input type="checkbox"/> 他加禄语<br/> <input type="checkbox"/> 越南语 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 阿拉伯语<br/> <input type="checkbox"/> 法语<br/> <input type="checkbox"/> 古吉拉特语<br/> <input type="checkbox"/> 印地语<br/> <input type="checkbox"/> 日语<br/> <input type="checkbox"/> 曼德语<br/> <input type="checkbox"/> 波兰语<br/> <input type="checkbox"/> 俄语<br/> <input type="checkbox"/> 土耳其语<br/> <input type="checkbox"/> 意第绪语 </div> </div> <p style="margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> 不适用（申请人只能说一种语言）</p> <p style="margin-top: 10px;">**包括广东话和普通话</p> |

## DYCD通用参与者入学：青少年及成人申请（14岁以上）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>申请人是否希望收到有关登记投票的信息/被联系**</b><br/>(选择一个)：</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 是<br/><input type="checkbox"/> 否</p> <p><small>*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。</small></p>                                                                                                                                                    | <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>您是如何了解您申请的DYCD项目的？</b> (选择所有适用的选项)：</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 广告</p> <p><input type="checkbox"/> 拨打了 311</p> <p><input type="checkbox"/> discoverDYCD</p> <p><input type="checkbox"/> DYCD Community Connect</p> <p><input type="checkbox"/> DYCD 社交媒体</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭成员、朋友或邻居</p> <p><input type="checkbox"/> 礼拜堂</p> <p><input type="checkbox"/> 媒体 (报纸、广播、电视等)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 由政府机构推荐</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 学校</p> <p><input type="checkbox"/> 街头集市、特别活动或街头外展</p> <p><input type="checkbox"/> 网站 (请具体说明) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 口头传述</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明) _____</p> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>申请人的性别 (选择所有适用的)：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 女</p> <p><input type="checkbox"/> 男</p> <p><input type="checkbox"/> 非二元性别 (非女性或男性)</p> <p><input type="checkbox"/> 其它性别</p> <p><input type="checkbox"/> 双重精神 (美洲原住民/原住民)</p> <p><input type="checkbox"/> 另一种性别：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定</p> <p><input type="checkbox"/> 不理解问题</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>申请人的性取向</b></p> <p><input type="checkbox"/> 异性恋 (非同性恋)</p> <p><input type="checkbox"/> 同性恋者</p> <p><input type="checkbox"/> 女同性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 双性恋</p> <p><input type="checkbox"/> 泛性</p> <p><input type="checkbox"/> 无性</p> <p><input type="checkbox"/> 男同</p> <p><input type="checkbox"/> 在疑问中</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定</p> <p><input type="checkbox"/> 其它性取向：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>申请人是否认定为变性人？</b> (选择一个)：</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 不确定</p> <p><input type="checkbox"/> 不理解问题</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>申请人的性别代词：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 她/她/她的</p> <p><input type="checkbox"/> 他/他/他的</p> <p><input type="checkbox"/> 他们/他们/他们的</p> <p><input type="checkbox"/> 其他代词：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 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<br><input type="checkbox"/> 家庭座机<br><input type="checkbox"/> 私人手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话 | 电话号码#2<br><input type="checkbox"/> 家庭座机<br><input type="checkbox"/> 私人手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话 | 电子邮件地址（必填）：<br>首选联系方式：<br><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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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：<br><input type="checkbox"/> 家庭座机<br><input type="checkbox"/> 私人手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话 | 电话号码<br><input type="checkbox"/> 家庭座机<br><input type="checkbox"/> 私人手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话                          |
| 地址： <input type="checkbox"/> 与申请人相同                                                                          | 首选联系方式：<br><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 |

### 第三部分：紧急联系人信息

|   |                                                              |                                                                                                                                                                                       |
|---|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 紧急联系人 #1 姓名：<br><br>紧急联系人地址： <input type="checkbox"/> 与申请人相同 | 紧急联系人主要电话号码：<br><input type="checkbox"/> 家庭座机<br><input type="checkbox"/> 私人手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话<br><br>紧急联系人与申请人的关系：<br><br><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：<br><br>紧急联系人地址： <input type="checkbox"/> 与申请人相同 | 紧急联系人主要电话号码：<br><input type="checkbox"/> 家庭座机<br><input type="checkbox"/> 私人手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话<br><br>紧急联系人与申请人的关系：<br><br><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:   |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| 姓名    | 电话号   | 关系:   |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| 姓名    | 电话号   | 关系:   |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |

## 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）：

|                 |                                                              |                              |                               |                               |                                                       |                              |                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <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                              |
| <b>社区学院</b>     | <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 |
| <b>职业/贸易学校</b>  | <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              |                              |                                                                |
| <b>四年制学院/大学</b> | <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                                   |
| <b>硕士学位：</b>    | <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                       |                              |                                                                |
| <b>专业学位</b>     | <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） |                              |                                                                |
| <b>博士学位：</b>    | <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                       |                              |                                                                |
| <b>其它</b>       | <input type="checkbox"/> 获得外国学位                              |                              |                               |                               | <input type="checkbox"/> 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）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>申请人居住的家庭组成方式（选择一个）：</b><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 单亲 - 女性</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 两个成年人 - 没有孩子</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 单亲 - 男性</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 两个家长的家庭</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 单亲父母-无子女</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 多代同堂家庭</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 有孩子的非亲属成年人</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 其它</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>申请人的住房类型（选择一种）：</b><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 自己的</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 纽约市住房管理局</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 其它：_____</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 租金</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 避难所</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 无家可归的</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 其他永久性住房</div> </div> |
| <b>申请人的家庭规模（选择一个人数）：</b><br><div style="display: grid; grid-template-columns: repeat(4, 1fr); gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 一</div> <div><input type="checkbox"/> 二</div> <div><input type="checkbox"/> 三</div> <div><input type="checkbox"/> 四</div> <div><input type="checkbox"/> 五</div> <div><input type="checkbox"/> 六</div> <div><input type="checkbox"/> 七</div> <div><input type="checkbox"/> 八</div> <div><input type="checkbox"/> 九</div> <div><input type="checkbox"/> 十</div> <div><input type="checkbox"/> 十一</div> <div><input type="checkbox"/> 十二</div> <div><input type="checkbox"/> 十三</div> <div><input type="checkbox"/> 十四</div> <div><input type="checkbox"/> 十五</div> <div><input type="checkbox"/> 十六</div> <div><input type="checkbox"/> 十七</div> <div><input type="checkbox"/> 十八</div> <div><input type="checkbox"/> 十九</div> <div><input type="checkbox"/> 二十</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>估计过去12个月的家庭总收入：</b><br><br>\$ _____ (比如 \$45,000)<br><br><input type="checkbox"/> 拒绝回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>申请人家庭收入来源：（选择所有适用的选项）：</b><br><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 就业工资</div> <div><input type="checkbox"/> 《平价医疗法案》补贴</div> <div><input type="checkbox"/> 赡养费或其他配偶赡养费</div> <div><input type="checkbox"/> 儿童抚养费</div> <div><input type="checkbox"/> 儿童保育券</div> <div><input type="checkbox"/> 所得税抵免（EITC）</div> <div><input type="checkbox"/> 就业税收抵免</div> <div><input type="checkbox"/> 一般援助</div> <div><input type="checkbox"/> 住房选择券</div> <div><input type="checkbox"/> HUD-VASH</div> <div><input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助计划</div> <div><input type="checkbox"/> 退休金</div> <div><input type="checkbox"/> 永久性支持性住房</div> <div><input type="checkbox"/> 私人残疾保险</div> <div><input type="checkbox"/> 公共住房</div> <div><input type="checkbox"/> 安全网/家庭救济</div> <div><input type="checkbox"/> 社会保障退休收入</div> <div><input type="checkbox"/> 社会保障残疾收入</div> <div><input type="checkbox"/> 补充安全收入（SSI）</div> <div><input type="checkbox"/> 补充营养援助计划（SNAP）</div> <div><input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助</div> <div><input type="checkbox"/> 失业保险</div> <div><input type="checkbox"/> 与VA非服务有关的残疾退休金</div> <div><input type="checkbox"/> VA服务-有关的残疾补偿</div> <div><input type="checkbox"/> WIC</div> <div><input type="checkbox"/> 工人补偿</div> <div><input type="checkbox"/> 其他：_____</div> <div><input type="checkbox"/> 拒绝回答</div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>第六部分：申请人的健康保险状况</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>申请人是否有健康保险？（选择一个）：</b><br><br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>如果是，申请人有哪种健康保险？（勾选所有适用项）</b><br><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 医疗补助</div> <div><input type="checkbox"/> 医疗保险</div> <div><input type="checkbox"/> 国家儿童健康保险计划</div> <div><input type="checkbox"/> 军事卫生保健</div> <div><input type="checkbox"/> 直接购买</div> <div><input type="checkbox"/> 以就业为基础</div> <div><input type="checkbox"/> 国家成人儿童健康保险</div> <div><input type="checkbox"/> 拒绝回答</div> </div>                                                                    |
| <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><br><br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <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><br><br><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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## 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