



Bienvenue à DYCD! Ce formulaire vous permet ou à votre enfant, de postuler à un programme DYCD. Vous ne pouvez soumettre qu'une seule candidature par personne et par emplacement. La soumission d'un formulaire ne garantit pas l'éligibilité ou l'inscription au programme et nous pouvons vous demander plus d'informations pour voir si vous êtes éligible. S'il est accepté, le programme ne vous coûtera rien. Nous collectons certaines informations telles que le *Sexe, la race, l'origine ethnique, la langue, et la Situation d'assurance maladie* à des fins de planification uniquement. Vos réponses à ces questions n'affecteront pas votre statut d'avantages ou de services et ne seront pas partagées en dehors de DYCD sans votre autorisation. Le *Revenu, les informations sur le ménage et le Statut d'études/travail* peuvent affecter l'éligibilité à certains programmes. La collecte de vos informations aide DYCD à voir qui bénéficie de nos programmes. Cela nous aide à améliorer nos programmes et permet à DYCD de continuer à apporter aux communautés le soutien dont elles ont besoin.

Partie I : Informations sur le candidat

Aux fins de la présente demande, *candidat* désigne la personne qui reçoit les services. **Veillez en sélectionner un :**

- Je remplis cette demande pour **moi-même** Je suis un parent ou un tuteur qui remplis cette demande **pour mon enfant**
 Je suis un parent/non parent et je remplis cette demande **au nom du Candidat**

Nom complet du candidat :	Prénom du Candidat :	MI :	Date de naissance du Candidat (MM/JJ/ANNÉE) :
----------------------------------	-----------------------------	-------------	--

Adresse principale du Candidat (Numéro et Rue) :	Numéro de l'Appartement du candidat :
---	--

Ville du Candidat :	Code postal :
----------------------------	----------------------

Pays d'origine du candidat : _____	Identité de Genre du Candidat (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire (ni Féminin ni Masculin) <input type="checkbox"/> Non-conformité de Genre <input type="checkbox"/> Bi spirituel (Amérindien/Premières Nations) <input type="checkbox"/> Un autre Genre : _____ <input type="checkbox"/> Pas Certain <input type="checkbox"/> Je ne comprends pas la question <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	Orientation sexuelle du Candidat : <input type="checkbox"/> Hétérosexuel (hétéro) <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Pansexuel <input type="checkbox"/> Asexué <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Questionnement <input type="checkbox"/> Pas Certain <input type="checkbox"/> Une autre Orientation Sexuelle : _____ <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
Sexe du Candidat à la naissance (Sélectionnez-en un) : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> X (ni homme ni femme) <input type="checkbox"/> Pas Certain		

Pronom de Genre du Candidat : <input type="checkbox"/> Elle/Sa/Sienne <input type="checkbox"/> Il/Lui/Son <input type="checkbox"/> Ils/Eux/Leurs <input type="checkbox"/> Un autre Pronom : _____ <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	Race/origine Ethnique du Candidat (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique et natif de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Hispanique ou Latin/e/a/o <input type="checkbox"/> Moyen-Orient/Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Originaire d'Hawaï et d'autres insulaires du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc ou Caucasien <input type="checkbox"/> Autres : _____	Le Candidat s'identifie-t-il comme transgenre ? (Sélectionnez-en un) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas Certain <input type="checkbox"/> Je ne comprends pas la question <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
--	---	---



<p>Si vous êtes d'origine asiatique, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Indonésien <input type="checkbox"/> Japonais <input type="checkbox"/> Malaisien <input type="checkbox"/> Philippin <input type="checkbox"/> Pakistanais <input type="checkbox"/> Nord-Coréen <input type="checkbox"/> Sri lankais <input type="checkbox"/> Sud-Coréen <input type="checkbox"/> Taïwanais <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Népalais <input type="checkbox"/> Asiatique Indien <input type="checkbox"/> Birmane <input type="checkbox"/> Laotien <input type="checkbox"/> Tibétain <input type="checkbox"/> Cambodgien <input type="checkbox"/> Thaïlandais <input type="checkbox"/> Bangladais <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Hmong _____</p>	<p>Si vous êtes originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaïen <input type="checkbox"/> Guamanien <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Fidjien <input type="checkbox"/> Tongien <input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p>Si vous êtes d'origine hispanique ou Latin/e/a/o, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicain, Mexicain Américain, Chicana/o <input type="checkbox"/> Portoricain <input type="checkbox"/> Cubain <input type="checkbox"/> Dominicain <input type="checkbox"/> Amérique Centrale (y compris Salvadorien, Guatémaltèque, Hondurienne, etc.) <input type="checkbox"/> Sud-américain (y compris Équatorien, Colombien, Vénézuélien, Panaméen, etc.) <input type="checkbox"/> Un autre Hispanique, Latin/e/a/o, Espagnol Origine : _____</p>
<p>Dans quelle mesure le candidat parle-t-il anglais ? (Sélectionnez-en Un) :</p> <p><input type="checkbox"/> Courant/Très bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Pas bien <input type="checkbox"/> Pas bien du tout</p>	<p>Langue principale du Candidat (Sélectionnez-en Une) :</p> <p><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Albanais <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chinois* <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Fulani <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Créole haïtien <input type="checkbox"/> Hébreu <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hongrois <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Japonais <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba <input type="checkbox"/> Mandé <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Persan <input type="checkbox"/> Polonais <input type="checkbox"/> Portugais <input type="checkbox"/> Roumain <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Turc <input type="checkbox"/> Ourdou <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Yiddish <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p><i>*y compris le Cantonais et le Mandarin</i></p>	<p>Autres langues parlées par le Candidat (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Albanais <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chinois* <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Fulani <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Créole haïtien <input type="checkbox"/> Hébreu <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hongrois <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Japonais <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba <input type="checkbox"/> Mandé <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Persan <input type="checkbox"/> Polonais <input type="checkbox"/> Portugais <input type="checkbox"/> Roumain <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Turc <input type="checkbox"/> Ourdou <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Yiddish <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Sans objet (une seule langue parlée par le candidat)</p> <p><i>*y compris le Cantonais et le Mandarin</i></p>
<p>Le candidat présente-t-il l'un des éléments suivants :</p> <p>Une personne handicapée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuser de répondre</p> <p>Parent/Tuteur légal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Délinquant/justice impliquée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Participant au Placement Familial ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Jeunes en fuite ou sans-abri ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Vétérant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Personnel Militaire Actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Victime de Violences Domestiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Victime de la Traite des êtres Humains ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si le candidat est une personne handicapée,, veuillez sélectionner le(s) type(s) de handicap (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience cognitive <input type="checkbox"/> Lié à l'audition <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage <input type="checkbox"/> Mentale/Psychiatrique <input type="checkbox"/> État de Santé Physique/Chronique <input type="checkbox"/> Déficience Physique/Mobilité <input type="checkbox"/> Liés à la vision <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Refuser de répondre</p>	<p>Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez servi dans les forces armées, la garde nationale ou les réserves des États-Unis ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <hr/> <p>Si oui, souhaiteriez-vous, vous ou un membre de votre foyer, être contacté par le Département des Services aux Anciens Combattants de New York ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>



**Comment avez-vous
entendu parler du ou des
programmes DYCD
auxquels vous postulez ?**
(Sélectionnez tous ceux qui
s'appliquent):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Publicité: | <input type="checkbox"/> Référé par une agence gouvernementale |
| <input type="checkbox"/> Appeler le 311: | <input type="checkbox"/> Référé par un autre organisme où je recevais des services
(c.-à-d. gestion de cas, centre pour personnes âgées, refuge, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Découvrir DYCD: | <input type="checkbox"/> École |
| <input type="checkbox"/> Connexion Communautaire DYCD: | <input type="checkbox"/> Foire de rue, événement spécial ou sensibilisation de rue |
| <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux DYCD | <input type="checkbox"/> Site Web (veuillez préciser lequel) _____ |
| <input type="checkbox"/> Membre de la famille, ami ou voisin | <input type="checkbox"/> Bouche à oreille |
| <input type="checkbox"/> Maison de culte | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Médias (journaux, radio, télévision,
etc.) | |

Partie II: Candidat (ou parent/tuteur) Coordonnées

- Les coordonnées ci-dessous sont destinées au candidat Les coordonnées ci-dessous concernent le parent/tuteur

Nom :	Numéro de Téléphone	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse E-mail (requis) :	Méthode de Contact Préférée : <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier Américain	

Partie III : Coordonnées d'Urgence

Nom à Contacter en cas d'Urgence:	Numéro de Téléphone Principal du Contact en cas d'Urgence :	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse E-mail du Contact d'Urgence :	Relation entre la Personne à Contacter en cas d'urgence et le Candidat : <input type="checkbox"/> La personne à contacter en cas d'urgence est le parent/tuteur du demandeur.	

Partie IV : Statut d'études/de Travail du Candidat

<p>Type d'école du candidat (Sélectionnez une) :</p> <p><input type="checkbox"/> Étudiant à Plein Temps** <input type="checkbox"/> Étudiant à Temps Partiel** <input type="checkbox"/> Pas à l'école***</p> <p>Statut professionnel actuel du candidat (Sélectionnez-en un) :</p> <p><input type="checkbox"/> Employé à Plein Temps <input type="checkbox"/> Employé à Mi-Temps <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Chômeur (Court terme, 6 mois ou moins) <input type="checkbox"/> Chômeur (Long terme, plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> Chômeur (Pas sur le marché du travail) <input type="checkbox"/> Travailleur Agricole Saisonnier Migrant <input type="checkbox"/> Sans objet (le Candidat a moins de 14 ans)</p>	<p>**Si le candidat est un <i>Étudiant à temps partiel</i> ou un <i>Étudiant à temps plein</i> : Veuillez sélectionner le niveau d'étude actuel du candidat (Sélectionnez-en un) :</p> <p>***Si le candidat n'est <i>Pas à l'école</i> : Veuillez sélectionner la dernière note obtenue par le candidat (Sélectionnez-en une) :</p>							
	École Primaire	<input type="checkbox"/> Pré-K	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 1 ^{er}	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 4 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 5 ^{ème}
	École Intermédiaire	<input type="checkbox"/> 6 ^{ème}			<input type="checkbox"/> 7 ^{ème}		<input type="checkbox"/> 8 ^{ème}	
	Ecole Secondaire	<input type="checkbox"/> 9 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 10 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 11 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 12 ^{ème}	<input type="checkbox"/> Diplôme D'études Secondaires Obtenu	<input type="checkbox"/> Obtention de L'équivalence D'études Secondaires	
	Collège Communautaire	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Année		<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Année		<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Année	<input type="checkbox"/> 4 ^{ème} Année	<input type="checkbox"/> Diplôme D'associé Obtenu
	École Professionnelle/de Métiers	<input type="checkbox"/> Certains Crédits D'études Professionnelles ou de Métiers, mais aucun certificat ou diplôme obtenu				<input type="checkbox"/> Obtention d'un certificat ou d'un diplôme d'une école professionnelle ou de métiers		
	Collège/Université de 4 ans	<input type="checkbox"/> Étudiant de première année		<input type="checkbox"/> Étudiant en deuxième année		<input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Senior		
	Une Maîtrise	<input type="checkbox"/> Certains Crédits de Maîtrise, mais aucun Diplôme Obtenu				<input type="checkbox"/> Diplôme Maîtrise Obtenu		
	Diplôme Professionnel	<input type="checkbox"/> Con algunos créditos de formación profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD), pero sin título				<input type="checkbox"/> Con título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)		
	Doctorat	<input type="checkbox"/> Con algunos créditos de doctorado, pero sin título				<input type="checkbox"/> Con título de doctorado		
Autres	<input type="checkbox"/> Con título del extranjero				<input type="checkbox"/> Sin estudios formales			



Informations sur l'école du candidat			
Le candidat fait-il partie d'un programme éducatif individualisé (IEP)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ID étudiant/OSIS: (OSIS pour les élèves des écoles publiques) _____	
Nom de l'école:			
Adresse de l'école:		Ville:	État:
Code postal:			

Partie V: Renseignements sur le ménage

Pour la prochaine série de questions, **MÉNAGE** est défini comme tout individu ou groupe d'individus (membres de la famille ou non) qui vivent ensemble comme une seule unité économique. **Le REVENU** est défini comme le revenu brut annuel total de tous les membres de la famille et hors famille âgés de 18 ans et plus

Le candidat vit dans un ménage dont le chef est (sélectionnez une réponse) : <input type="checkbox"/> Parent unique - Femme <input type="checkbox"/> Parent unique – Homme <input type="checkbox"/> Parent Unique – Sans Enfants <input type="checkbox"/> Adultes sans lien de parenté avec enfants <input type="checkbox"/> Deux Adultes – Pas d'enfants <input type="checkbox"/> Ménage de Deux Adultes <input type="checkbox"/> Maison Multigénérationnelle <input type="checkbox"/> Autres	Type de logement du candidat (sélectionnez un) : <input type="checkbox"/> Posséder <input type="checkbox"/> NYCHA <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Loyer <input type="checkbox"/> Abri <input type="checkbox"/> Sans Abri <input type="checkbox"/> Autre logement permanent
Taille du Ménage du Candidat (Sélectionnez un) : <input type="checkbox"/> Un <input type="checkbox"/> Deux <input type="checkbox"/> Trois <input type="checkbox"/> Quatre <input type="checkbox"/> Cinq <input type="checkbox"/> Six <input type="checkbox"/> Sept <input type="checkbox"/> Huit <input type="checkbox"/> Neuf <input type="checkbox"/> Dix <input type="checkbox"/> Onze <input type="checkbox"/> Douze <input type="checkbox"/> Treize <input type="checkbox"/> Quatorze <input type="checkbox"/> Quinze <input type="checkbox"/> Seize <input type="checkbox"/> Dix-Sept <input type="checkbox"/> Dix-Huit <input type="checkbox"/> Dix-Neuf <input type="checkbox"/> Vingt+	Revenu Total du Ménage au cours des 12 derniers mois : \$ _____ (ex. \$45,000)

Sources de revenu du ménage du Candidat: (Sélectionnez Tous Ceux qui S'appliquent) :

<input type="checkbox"/> Salaires d'emploi	<input type="checkbox"/> Subvention de la Loi sur les soins abordables	<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire ou Autre Soutien au Conjoint	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfants	<input type="checkbox"/> Bon pour la garde d'enfants	<input type="checkbox"/> Crédit d'impôt sur les revenus du travail (CIRT)	<input type="checkbox"/> Crédit d'impôt à l'Emploi
<input type="checkbox"/> Assistance générale	<input type="checkbox"/> Bon Choix de Logement	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> LIHEAP	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Logement supervisé permanent	<input type="checkbox"/> Assurance invalidité privée
<input type="checkbox"/> Logement social	<input type="checkbox"/> Filet de sécurité/aide à domicile	<input type="checkbox"/> Revenu de Retraite Provenant de la Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/> Revenu d'Invalidité de la Sécurité Sociale (SSDI)	<input type="checkbox"/> Revenu Supplémentaire de Sécurité (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (PANS)	<input type="checkbox"/> Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)
<input type="checkbox"/> Assurance chômage	<input type="checkbox"/> VA Hors-Service Connecté Handicap Pension	<input type="checkbox"/> VA Service-Connecter Handicap Compensation	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> L'indemnisation des travailleurs	<input type="checkbox"/> Autres: _____	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre

Partie VI : Statut D'assurance Maladie du Candidat

Le candidat a-t-il une assurance ? (Sélectionnez-en Une) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	Si oui, de quel type d'assurance maladie le candidat dispose-t-il ? (Cochez tous ceux qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Aide médicale <input type="checkbox"/> Assurance-maladie <input type="checkbox"/> Programme d'assurance-maladie des enfants de l'État <input type="checkbox"/> Soins de santé militaires <input type="checkbox"/> Achat-Direct <input type="checkbox"/> Basé sur l'emploi <input type="checkbox"/> Assurance Maladie Nationale pour Enfants pour Adultes <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
Si vous n'avez pas d'assurance maladie, souhaitez-vous être contacté par quelqu'un d'autre pour vous donner des informations sur l'adhésion à l'assurance maladie publique ? (Sélectionnez-en un) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	



Si vous souhaitez être contacté pour souscrire à l'assurance maladie publique, quel est votre mode de contact préféré ? (Sélectionnez-en Une): E-mail Téléphone Courrier Américain Via le fournisseur Refuser de Répondre

Veillez répondre aux questions ci-dessous et fournir des détails supplémentaires dans l'espace prévu. De nombreux besoins ou défis de santé peuvent être pris en compte et peuvent ne pas limiter l'inscription au programme.

Le candidat a-t-il des allergies ? (nourriture, médicaments, etc.) Oui Non

Si Oui: _____

Le candidat a-t-il de l'asthme ? Oui Non

Le candidat a-t-il des besoins de soins de santé particuliers ? Oui Non

Si Oui: _____

Le candidat prend-il des médicaments pour une condition ou une maladie ? Oui Non

Si Oui: _____

Y a-t-il des activités auxquelles le candidat ne peut pas participer ? Sí No

Si Oui: _____

Veillez fournir ci-dessous tout autre détail sur la santé ou :

S/O

Veillez indiquer ci-dessous toute(s) l(es) accommodation(s) que vous demandez pour vous-même/le candidat ou :

S/O

Partie VII: Questions supplémentaires sur le CSBG

Souhaitez-vous être contacté par quelqu'un avec des informations sur les programmes de soutien aux enfants et les arriérés, ainsi que sur la manière de faire ou de recevoir des paiements de soutien aux enfants?

Oui Non

Comment aimeriez-vous être contacté à ce sujet ?

Via ce fournisseur E-mail Téléphone

Courrier Américain

Souhaitez-vous être contacté par quelqu'un avec des informations sur l'inscription à des programmes gratuits d'éducation financière ou d'assistance fiscale ?

Oui Non

Comment aimeriez-vous être contacté à ce sujet ?

Via ce fournisseur E-mail Téléphone

Courrier Américain

Est-ce que le demandeur reçoit les services préventifs de l'ACS ? Oui Non

Informations sur la prise en charge/renvoi

Cette question doit être remplie pour les candidats au programme de littératie des adolescents.

Mon enfant a la permission de rentrer seul à la maison après le renvoi (doit être rempli par un parent/tuteur) :

Oui Non



Partie VIII: Consentements et signatures

Consentement pour la photographie/vidéographie et l'utilisation d'œuvres originales

En tant que participant inscrit à un programme financé par le DYCD, veuillez noter que de temps à autre, le DYCD et la Ville de New York, ses prestataires sous contrat, agents autorisés, organisations tierces avec lesquelles elle collabore, ou d'autres représentants gouvernementaux (collectivement, les "Parties Autorisées") peuvent être présents pendant les activités du programme et les événements spéciaux associés aux services du programme, à la fois à l'emplacement habituel du programme et lors d'événements hors site. Dans certains cas, ils peuvent photographier, enregistrer des vidéos, interviewer ou autrement enregistrer les participants et leurs familles et amis dans ces programmes. Les images, vidéos et interviews résultantes peuvent être utilisées, avec ou sans le nom du participant, dans des médias imprimés et électroniques tels que des brochures, des livres, des bulletins d'information imprimés et électroniques, des DVD et vidéos, des sites web, des réseaux sociaux et des blogs (collectivement, les "Médias").

J'autorise et permets par la présente aux Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, de photographier et/ou d'enregistrer mon image et celle de mon enfant, mon nom et celui de mon enfant, notre ressemblance et le son de ma voix et de celle de mon enfant lors des activités et événements spéciaux du programme financé par le DYCD, et je consens par la présente à ce que les images, vidéos et interviews résultants soient utilisés, sans compensation et sans autre approbation par les Parties Autorisées, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

Oui Non

Si, au cours de la participation aux activités et événements spéciaux du programme financé par le DYCD, une œuvre originale telle que de l'art, de la musique, de la chorégraphie, de la poésie ou de la prose (collectivement, "Œuvre Originale") est créée par moi ou mon enfant, je consens par la présente à ce que cette Œuvre Originale soit utilisée par les Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

Oui Non

Si le participant a 18 ans et plus:

Je reconnais que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

Oui Non

Nom Complet du Participant

Signature du participant

Date

Si le participant a moins de 18 ans:

Nom Complet du Participant

Signature du parent/tuteur

Date



Consentement à une Intervention Médicale d'Urgence

POUR LES PARTICIPANTS ADULTES (DE 18 ANS ET PLUS) :

Je suis inscrit(e) en tant que participant(e) à un programme financé par le Département de la Jeunesse et du Développement Communautaire (DYCD). En cas d'urgence médicale, j'accepte, par la présente, que le personnel du fournisseur de ce programme assure toute intervention médicale d'urgence nécessaire en mon nom. J'autorise également le personnel du fournisseur de ce programme à contacter la personne à contacter en cas d'urgence indiquée ci-dessous.

Oui Non

Nom complet du/de la participant(e)

Signature du/de la participant(e)

Date

En cas d'urgence médicale, je désigne la personne suivante comme personne à contacter en cas d'urgence :

Nom de la personne à contacter d'urgence

Numéro de téléphone

Lien avec l'enfant



POUR LES PARTICIPANTS MINEURS (DE MOINS DE 18 ANS) :

Mon enfant est inscrit(e) en tant que participant(e) à un programme financé par le Département de la Jeunesse et du Développement Communautaire (DYCD). En cas d'urgence médicale, j'accepte, par la présente, que le personnel du fournisseur de ce programme assure toute intervention médicale d'urgence nécessaire sur mon enfant en sachant que j'en serai informé(e) dès que possible. Je comprends que tous les efforts seront faits pour me contacter, ou, si je suis indisponible, pour contacter la personne à contacter en cas d'urgence indiquée ci-dessous, avant et après l'intervention.

Oui Non

Nom complet de/de la participant(e)

Signature du parent/tuteur

Date

En cas d'urgence médicale, je désigne la personne suivante comme personne à contacter en cas d'urgence :

Nom de la personne à contacter d'urgence

Numéro de téléphone

Lien avec l'enfant



Consentement à faire des recommandations et à partager des informations

Le Département de la jeunesse et de la communauté de la ville de New York (DYCD) investit dans des programmes et des services pour aider nos communautés et les personnes qui y vivent. Nous voulons nous assurer que vous les connaissez et vous faciliter la tâche.

Pourquoi nous avons besoin de votre autorisation

Avec lui, nous pouvons :

- Décider si vous êtes éligible aux services ;
- vous envoyer des informations sur les programmes et services financés par DYCD auxquels vous pouvez postuler ;
- vous envoyer des informations sur les activités de recherche, les groupes de discussion et les enquêtes liées à l'amélioration du programme ;
- partager les informations de votre demande de participant DYCD avec les programmes auxquels vous postulez; et
- suivre les résultats des services que vous recevez.

Ce que nous partageons

Nous ne donnerons des informations que pour montrer que vous êtes admissible ou vous aider à vous inscrire à des programmes financés par DYCD

Qui voit vos informations et comment les protégeons-nous ?

Seuls les employés autorisés de DYCD et des programmes financés par DYCD peuvent le voir.

Veuillez lire ci-dessous, cocher l'une des cases et remplir le reste.

Je comprends que DYCD a besoin de mon consentement pour :

- décider si Je suis éligible aux services ;
- m'envoyer des informations sur les programmes et services auxquels je peux postuler ;
- m'orienter vers des programmes financés par DYCD ;
- m'envoyer des informations sur les activités de recherche, les groupes de discussion et les enquêtes liées à l'amélioration du programme ;
- partager les informations de ma demande de participant DYCD avec les programmes auxquels je postule ; et
- suivre les résultats des services que je reçois.

Oui, Je donne mon consentement. **Non, Je ne donne pas mon consentement.**

Nom complet du participant (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Signature du participant (ou du parent/tuteur pour les participants de moins de 18 ans)

Date



Partie IX: Signatures et consentements supplémentaires

Consentement à Participer

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes. J'accepte leur vérification et comprends que toute falsification peut entraîner la résiliation du service. Les informations fournies peuvent être utilisées par la Ville de New York pour améliorer les services municipaux et l'accès à ces services, ainsi que pour obtenir des financements supplémentaires.

Afin de continuer à recevoir les financements qui soutiennent ce programme, toutes les informations demandées doivent être collectées. Si vous avez des questions, veuillez demander au directeur du programme du prestataire.

Si le demandeur a 18 ans ou plus :

Je reconnais que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

Oui Non

Nom complet du candidat

Signature du candidat

Date

Si le demandeur a moins de 18 ans :

En tant que parent/tuteur, je donne la permission à mon enfant de s'inscrire et de participer au programme et de remplir des sondages anonymes pour recueillir les commentaires des participants sur le programme.

Nom complet du candidat

Nom du parent/tuteur

Signature du parent/tuteur

Date

Consentement du parent/tuteur pour la collecte et le partage des informations de l'élève

Le **Département de la jeunesse et du développement communautaire (DYCD)** finance ce programme dans le cadre de sa mission visant à vous aider à permettre à votre enfant d'atteindre son plein potentiel. Bon nombre de nos programmes sont gérés par des organisations communautaires. Nous travaillons à assurer que les services que vous et vos enfants recevez soient de la plus haute qualité. DYCD demande votre autorisation pour nous permettre de collecter les informations dont nous avons besoin sur votre enfant, sa participation, ainsi que sur la qualité des services fournis.

Quelles informations provenant des dossiers scolaires de votre enfant DYCD demande-t-il ?

Nous vous demandons votre permission pour que les Écoles Publiques de la Ville de New York (NYCPS) partagent des informations personnellement identifiables provenant des dossiers scolaires de votre enfant avec DYCD. Les informations que nous souhaitons collecter incluent les informations biographiques et d'inscription (notamment le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro d'identification de l'élève, la classe, l'école fréquentée, ainsi que les données concernant le transfert, la sortie et l'obtention de diplôme de votre enfant); les données relatives à la fréquentation scolaire (y compris le nombre de jours de présence et d'absences); les données sur la performance académique (y compris les résultats aux examens nationaux et d'État, les crédits obtenus, les notes, la promotion ou le maintien en classe, ainsi que les résultats au Fitnessgram); et les données relatives aux mesures disciplinaires prises contre votre enfant (y compris le nombre et le type de suspensions).

Nous demandons à collecter les informations ci-dessus concernant votre enfant de manière rétrospective, actuelle et future (c'est-à-dire en continu). Nous vous demandons également votre permission pour que DYCD partage les informations que nous collectons sur le formulaire d'inscription de vous et/ou de votre enfant avec le personnel de NYCPS. Ces informations incluent les informations d'inscription, les centres d'intérêt et les défis de l'élève, le type de programme suivi et la fréquence de participation. Ces informations seront utilisées pour aider l'école et l'organisation communautaire à travailler ensemble afin de répondre à vos besoins et à ceux de votre enfant.

Qui pourra consulter les informations de mon enfant et comment seront-elles protégées ?

Les seules personnes qui auront accès aux informations individuelles de votre enfant sont le personnel de DYCD et de NYCPS qui gèrent les systèmes de données, préparent les rapports de recherche et analysent les programmes. Le nombre limité de membres du personnel de DYCD identifiés pour recevoir des informations personnelles est rigoureusement sélectionné et bénéficie d'une formation approfondie pour suivre des directives strictes en matière de protection de la confidentialité des informations permettant d'identifier personnellement vous ou votre enfant. Les informations personnellement identifiables collectées dans les dossiers scolaires seront partagées uniquement de manière électronique entre NYCPS et DYCD et seront sécurisées et protégées dans la base de données DYCD. Les informations personnellement identifiables ne seront pas partagées avec des organisations communautaires ou leurs employés. Nous n'utiliserons ni votre nom ni celui de votre enfant dans aucun rapport publié. Bien que nous demandions votre consentement, vos réponses aux demandes ci-dessous n'affecteront pas la participation de votre enfant aux programmes financés par DYCD.

Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des déclarations suivantes :

Je comprends pourquoi DYCD me demande l'autorisation d'accéder aux informations mentionnées ci-dessus provenant des dossiers scolaires de mon enfant, et je donne la permission à NYCPS de partager ces informations avec DYCD de manière continue.

Oui, je donne mon autorisation **Non, je ne donne pas mon autorisation**

Je comprends pourquoi DYCD me demande l'autorisation de partager les informations concernant mon enfant collectées par DYCD avec le personnel de NYCPS et je donne l'autorisation à DYCD de partager ces informations avec NYCPS de manière continue.

Oui, je donne mon autorisation **Non, je ne donne pas mon autorisation**

Nom de l'élève/demandeur : _____

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date: _____

Nom supplémentaire du parent/tuteur (facultatif) : _____

Signature supplémentaire du parent/tuteur (facultatif) : _____



Partie X: Formulaire de vérification des revenus du ménage

Formulaire d'auto-certification des participants au programme du Community Services Block Grant (CSBG)

Ce programme est financé par la Subvention pour les Services Communautaires (CSBG), fournie par le Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis, Administration pour les Enfants et les Familles, Bureau des Services Communautaires. Vous devez compléter ce formulaire pour documenter votre éligibilité à participer à ce programme.

Instructions : Veuillez indiquer le nombre de personnes dans votre ménage, puis cochez la case correspondant au montant des revenus annuels du ménage. Les REVENUS sont définis comme le revenu annuel total de tous les membres de la famille et des non-membres de la famille âgés de 18 ans et plus vivant dans le ménage. Toutes les sources de revenus doivent être comptabilisées pour toutes les personnes dans le ménage en fonction des revenus anticipés au cours des 12 mois à venir.

Veuillez vérifier votre tranche de revenus en fonction de la taille de votre ménage (par exemple, s'il y a 5 personnes dans votre ménage, allez à HH de 5 ; s'il y a 8 personnes dans votre ménage, allez à HH de 8) : REMARQUE : pour chaque membre de la famille supplémentaire au-delà de 8, ajoutez 4 540 \$ par personne.

Ménage	0 – 50%	51 – 75%	76 – 100%	101 – 125%	126% - 200%	201%+
Ménage de 1:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$ 7,530	<input type="checkbox"/> \$ 7,531 - \$11,295	<input type="checkbox"/> \$11,296 - \$15,060	<input type="checkbox"/> \$15,061 - \$18,825	<input type="checkbox"/> \$18,826 - \$30,120	<input type="checkbox"/> \$30,121+
Ménage de 2:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$10,220	<input type="checkbox"/> \$10,221 - \$15,330	<input type="checkbox"/> \$15,331 - \$20,440	<input type="checkbox"/> \$20,441 - \$25,550	<input type="checkbox"/> \$25,551 - \$40,880	<input type="checkbox"/> \$40,881+
Ménage de 3:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$12,910	<input type="checkbox"/> \$12,911 - \$19,365	<input type="checkbox"/> \$19,366 - \$25,820	<input type="checkbox"/> \$25,821 - \$32,275	<input type="checkbox"/> \$32,276 - \$51,640	<input type="checkbox"/> \$51,641+
Ménage de 4:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$15,600	<input type="checkbox"/> \$15,601 - \$23,400	<input type="checkbox"/> \$23,401 - \$31,200	<input type="checkbox"/> \$31,201 - \$39,000	<input type="checkbox"/> \$39,001 - \$62,400	<input type="checkbox"/> \$62,401+
Ménage de 5:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$18,290	<input type="checkbox"/> \$18,291 - \$27,435	<input type="checkbox"/> \$27,436 - \$36,580	<input type="checkbox"/> \$36,581 - \$45,725	<input type="checkbox"/> \$45,726 - \$73,160	<input type="checkbox"/> \$73,161+
Ménage de 6:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$20,980	<input type="checkbox"/> \$20,981 - \$31,470	<input type="checkbox"/> \$31,471 - \$41,960	<input type="checkbox"/> \$41,961 - \$52,450	<input type="checkbox"/> \$52,451 - \$83,920	<input type="checkbox"/> \$83,921+
Ménage de 7:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$23,670	<input type="checkbox"/> \$23,671 - \$35,505	<input type="checkbox"/> \$35,506 - \$47,340	<input type="checkbox"/> \$47,341 - \$59,175	<input type="checkbox"/> \$59,176 - \$94,680	<input type="checkbox"/> \$94,681+
Ménage de 8:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$26,360	<input type="checkbox"/> \$26,361 - \$39,540	<input type="checkbox"/> \$39,541 - \$52,720	<input type="checkbox"/> \$52,721 - \$65,900	<input type="checkbox"/> \$65,901 - \$105,440	<input type="checkbox"/> \$105,441+

Je certifie que les informations sur les revenus ci-dessus sont véridiques. Je comprends que la falsification de mes revenus peut entraîner la résiliation des services du programme CSBG. Je comprends que je pourrais être invité à fournir une documentation de revenus pour vérifier mes revenus. Si mon statut de revenu change, je m'engage à informer rapidement le programme de ce changement et à soumettre un formulaire d'auto-certification révisé.

Nom du candidat : _____

Signature du candidat: _____ Date: _____

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____ (Signature requise si le candidat est âgé de moins de 18 ans)

Organisation: _____

Spécialiste d'accueil/Personnel: _____ Date: _____