

**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>

**Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)**

**¡Le damos la bienvenida al DYCD!** Este formulario le permite a usted o a su hijo presentar una solicitud para inscribirse en un programa del Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (Department of Youth and Community Development, DYCD). Se puede presentar solo una solicitud por persona por lugar. El presentar un formulario no garantiza la elegibilidad ni la inscripción en el programa, y es posible que le pidamos más información para saber si cumple los requisitos. Si se acepta la solicitud, el programa no tendrá ningún costo para usted. Recopilamos algunos datos como el *género*, la *raza*, la *etnia*, el *idioma* y la situación respecto al *seguro médico* únicamente con fines de planificación. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su condición para recibir prestaciones ni servicios y no se divulgarán fuera del DYCD sin su permiso. Los *ingresos*, la *información sobre el grupo familiar* y la *información sobre estudios o trabajo* podrían afectar la elegibilidad para ciertos programas. Recopilar su información ayuda al DYCD a ver quién se beneficia de nuestros programas. Esto nos ayuda a mejorar nuestros programas y permite al DYCD seguir ofreciendo a las comunidades el apoyo que necesitan.

**Parte I: Información del candidato**

En esta solicitud, el término "candidato" se refiere a la persona que solicita recibir servicios. **Marque una opción:**

- Relleno esta solicitud **para mí.**  Soy el padre, la madre o el tutor que rellena esta solicitud **para mi hijo.**  
 Soy un familiar/no familiar que rellena esta solicitud **en nombre del candidato.**

<b>Nombre del candidato:</b>	<b>Apellido del candidato:</b>	<b>Inicial del 2.º nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento del candidato (MM/DD/AAAA):</b>
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--

<b>Dirección principal del candidato (número y calle):</b>	<b>Núm. de apto. del candidato:</b>
--	-------------------------------------

<b>Ciudad del candidato:</b>	<b>Código postal:</b>
------------------------------	-----------------------

**El candidato vive en un desarrollo de NYCHA (Por favor proporcione el nombre):**

<b>Sexo del candidato al nacer</b> (marque una): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X (ni masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> No lo sé con seguridad	<b>Raza o etnicidad del candidato</b> (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americana y nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> De oriente medio/del norte de África <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca o caucásica <input type="checkbox"/> Otra: _____	<b>¿Alguna de las siguientes corresponde al candidato?</b> Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder Padre/Madre/Tutor legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Delincuente/Justicia implicada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Participante en un programa de acogida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Joven fugitivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Militar en servicio activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Víctima de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Víctima de trata de personas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<b>¿Qué nivel de inglés tiene el candidato?</b> (Marque una): <input type="checkbox"/> Fluido/Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> No muy bueno <input type="checkbox"/> Ninguno

**Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)**

<p><b>Si es de origen hawaiano o de otras islas del Pacífico, seleccione entre las siguientes opciones</b> (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano  <input type="checkbox"/> Guamanés  <input type="checkbox"/> Chamorro  <input type="checkbox"/> Samoano  <input type="checkbox"/> Fiyiano  <input type="checkbox"/> Tongano  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>Si es de origen asiático, seleccione entre las siguientes opciones</b> (marque todas las que correspondan):</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chino</td> <td><input type="checkbox"/> Indonesio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> <td><input type="checkbox"/> Malayo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Filipino</td> <td><input type="checkbox"/> Paquistaní</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Norcoreano</td> <td><input type="checkbox"/> Esrilanqués</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Surcoreano</td> <td><input type="checkbox"/> Taiwanés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Nepalés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indígena asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Birmano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laosiano</td> <td><input type="checkbox"/> Tibetano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Camboyano</td> <td><input type="checkbox"/> Tailandés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bangladesí</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hmong</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Malayo	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Paquistaní	<input type="checkbox"/> Norcoreano	<input type="checkbox"/> Esrilanqués	<input type="checkbox"/> Surcoreano	<input type="checkbox"/> Taiwanés	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nepalés	<input type="checkbox"/> Indígena asiático	<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Tibetano	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Bangladesí	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Hmong		<p><b>Si es de origen hispano o latino, seleccione de las siguientes opciones</b> (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-americano, chicano  <input type="checkbox"/> Puertorriqueño  <input type="checkbox"/> Cubano  <input type="checkbox"/> Dominicano  <input type="checkbox"/> Centroamericano (incluidos salvadoreños, guatemaltecos, hondureños, etc.)  <input type="checkbox"/> Sudamericanos (incluidos ecuatorianos, colombianos, venezolanos, panameños, etc.)  <input type="checkbox"/> De otro origen hispano, latino, español: _____</p>
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Indonesio																							
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Malayo																							
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Paquistaní																							
<input type="checkbox"/> Norcoreano	<input type="checkbox"/> Esrilanqués																							
<input type="checkbox"/> Surcoreano	<input type="checkbox"/> Taiwanés																							
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nepalés																							
<input type="checkbox"/> Indígena asiático	<input type="checkbox"/> Birmano																							
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Tibetano																							
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Tailandés																							
<input type="checkbox"/> Bangladesí	<input type="checkbox"/> Otro: _____																							
<input type="checkbox"/> Hmong																								

<p><b>Idioma principal del candidato</b> (marque una):</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td><input type="checkbox"/> Albanés</td> <td><input type="checkbox"/> Árabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengalí</td> <td><input type="checkbox"/> Chino*</td> <td><input type="checkbox"/> Francés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fula</td> <td><input type="checkbox"/> Alemán</td> <td><input type="checkbox"/> Gujaratí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Criollo haitiano</td> <td><input type="checkbox"/> Hebreo</td> <td><input type="checkbox"/> Hindi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Húngaro</td> <td><input type="checkbox"/> Italiano</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba</td> <td><input type="checkbox"/> Mandé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punyabí</td> <td><input type="checkbox"/> Persa</td> <td><input type="checkbox"/> Polaco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> <td><input type="checkbox"/> Rumano</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> Tagálog</td> <td><input type="checkbox"/> Turco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Yiddish</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><i>*incluidos cantonés y mandarín</i></p>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Fula	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujaratí	<input type="checkbox"/> Criollo haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé	<input type="checkbox"/> Punyabí	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagálog	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yiddish	<input type="checkbox"/> Otro: _____			<p><b>Otros idiomas que hable el candidato</b> (Marque todas las que correspondan):</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td><input type="checkbox"/> Albanés</td> <td><input type="checkbox"/> Árabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengalí</td> <td><input type="checkbox"/> Chino*</td> <td><input type="checkbox"/> Francés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fula</td> <td><input type="checkbox"/> Alemán</td> <td><input type="checkbox"/> Gujaratí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Criollo haitiano</td> <td><input type="checkbox"/> Hebreo</td> <td><input type="checkbox"/> Hindi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Húngaro</td> <td><input type="checkbox"/> Italiano</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba</td> <td><input type="checkbox"/> Mandé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punyabí</td> <td><input type="checkbox"/> Persa</td> <td><input type="checkbox"/> Polaco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> <td><input type="checkbox"/> Rumano</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> Tagálog</td> <td><input type="checkbox"/> Turco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Yiddish</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> No corresponde (el candidato solo habla un idioma)</p> <p><i>*incluidos cantonés y mandarín</i></p>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Fula	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujaratí	<input type="checkbox"/> Criollo haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé	<input type="checkbox"/> Punyabí	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagálog	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yiddish	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Árabe																																																																	
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Francés																																																																	
<input type="checkbox"/> Fula	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujaratí																																																																	
<input type="checkbox"/> Criollo haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindi																																																																	
<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés																																																																	
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé																																																																	
<input type="checkbox"/> Punyabí	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco																																																																	
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso																																																																	
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagálog	<input type="checkbox"/> Turco																																																																	
<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yiddish																																																																	
<input type="checkbox"/> Otro: _____																																																																			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Árabe																																																																	
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Chino*	<input type="checkbox"/> Francés																																																																	
<input type="checkbox"/> Fula	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Gujaratí																																																																	
<input type="checkbox"/> Criollo haitiano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Hindi																																																																	
<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Japonés																																																																	
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé																																																																	
<input type="checkbox"/> Punyabí	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Polaco																																																																	
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Ruso																																																																	
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Tagálog	<input type="checkbox"/> Turco																																																																	
<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Yiddish																																																																	
<input type="checkbox"/> Otro: _____																																																																			

<p><b>¿Usted o un miembro de su hogar ha servido en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las Reservas de los Estados Unidos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>En caso afirmativo, ¿desea que el Departamento de Servicios para Veteranos de la ciudad de Nueva York lo contacte a usted o a un miembro de su grupo familiar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Si el candidato es una persona con discapacidad, indique el tipo de discapacidad</b> (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo  <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva  <input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje  <input type="checkbox"/> Discapacidad mental o psiquiátrica  <input type="checkbox"/> Enfermedad física/crónica  <input type="checkbox"/> Deterioro físico/de la movilidad  <input type="checkbox"/> Discapacidad visual  <input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
---	---

### Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

¿Cómo se enteró de los programas del DYCD para los que presenta la solicitud? (Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Publicidad	<input type="checkbox"/> Recomendación de una agencia gubernamental
<input type="checkbox"/> Llamada al 311	<input type="checkbox"/> Recomendación de otra organización en la que recibía servicios (p. ej., administración de casos, centro para personas mayores, refugio, etc.)
<input type="checkbox"/> discoverDYCD	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Community Connect del DYCD	<input type="checkbox"/> Feria callejera, evento especial o difusión en la calle
<input type="checkbox"/> Redes sociales del DYCD	<input type="checkbox"/> Sitio web (especifique cuál) _____
<input type="checkbox"/> Familiar, amigo o vecino	<input type="checkbox"/> Le contaron
<input type="checkbox"/> Lugar de culto	<input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Medios de comunicación (periódico, radio, TV, etc.)	

### Parte II: Información de contacto del candidato (o del padre/de la madre/del tutor)

Información de contacto a continuación es del candidato

<b>Núm. de tel. 1:</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<b>Núm. de tel. 2:</b>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
<b>Correo electrónico (requerido):</b>		<b>Método de contacto preferido:</b>	
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Servicio Postal de EE. UU.	

### Información de contacto del padre/tutor: esta sección es obligatoria para solicitantes menores de 18 años

Información de contacto a continuación es de el padre/la madre/el tutor

<b>Nombre del padre/de la madre/del tutor:</b>	<b>Núm. de teléfono:</b>	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work
<b>Dirección:</b> <input type="checkbox"/> Igual que candidato	<b>Método de contacto preferido:</b>	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Servicio Postal de EE. UU.	

### Parte III: Información del contacto de emergencia

1	<b>Nombre del contacto de emergencia:</b>	<b>Núm. de teléfono principal del contacto de emergencia:</b>	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work
	<b>Dirección del contacto de emergencia:</b> <input type="checkbox"/> Igual que candidato	<b>Relación del contacto de emergencia con el candidato:</b>	
		<input type="checkbox"/> El contacto de emergencia del candidato es el padre/la madre/el tutor	
2	<b>Nombre del contacto de emergencia:</b>	<b>Núm. de teléfono principal del contacto de emergencia:</b>	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work
	<b>Dirección del contacto de emergencia:</b> <input type="checkbox"/> Igual que candidato	<b>Relación del contacto de emergencia con el candidato:</b>	
		<input type="checkbox"/> El contacto de emergencia del candidato es el padre/la madre/el tutor	

### Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

**Esta sección es para padres/tutores que inscriben a sus hijos**

Los contactos de emergencia enumerados en la Sección II están autorizados a recoger al niño a menos que se indique lo contrario.

Las siguientes personas adicionales están autorizadas a recoger a mi hijo:

<b>Nombre:</b>	<b>Núm. de tel.:</b>	<b>Relación:</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre:</b>	<b>Núm. de tel.:</b>	<b>Relación:</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre:</b>	<b>Núm. de tel.:</b>	<b>Relación:</b>
_____	_____	_____

Las siguientes personas **NO PUEDEN** recoger a mi hijo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Parte IV: Información sobre estudios/trabajo del candidato**

<b>Tipo de formación del candidato</b> (marque una): <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo** <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial** <input type="checkbox"/> No estudia***	<b>**Si el candidato es un estudiante a tiempo parcial o a tiempo completo, seleccione el grado actual del candidato</b> (marque una): <b>***Si el candidato no estudia, seleccione el último grado completado por el candidato</b> (marque una):									
	<b>Trabajo actual del candidato</b> (Marque una): <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado (hace poco tiempo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (hace mucho tiempo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no forma parte de la población activa) <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola estacional migrante <input type="checkbox"/> No corresponde (el candidato es menor de 14 años)	<b>Escuela primaria</b> <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1.º <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> 3.º <input type="checkbox"/> 4.º <input type="checkbox"/> 5.º	<b>Nivel medio</b> <input type="checkbox"/> 6.º <input type="checkbox"/> 7.º <input type="checkbox"/> 8.º	<b>Secundaria</b> <input type="checkbox"/> 9.º <input type="checkbox"/> 10.º <input type="checkbox"/> 11.º <input type="checkbox"/> 12.º <input type="checkbox"/> Con diploma del secundario <input type="checkbox"/> Con equivalencia del secundario	<b>Universidad comunitaria</b> <input type="checkbox"/> 1.º año <input type="checkbox"/> 2.º año <input type="checkbox"/> 3.º año <input type="checkbox"/> 4.º año <input type="checkbox"/> Con título de asociado	<b>Formación vocacional/de oficios</b> <input type="checkbox"/> Con algunos créditos de formación vocacional/de oficios, pero sin certificados ni títulos <input type="checkbox"/> Con certificado o título de un centro de formación vocacional o de oficios	<b>Facultad/Universidad de 4 años</b> <input type="checkbox"/> Estudiante de primer año <input type="checkbox"/> Estudiante de segundo año <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Senior	<b>Máster</b> <input type="checkbox"/> Con algunos créditos de maestría, pero sin título <input type="checkbox"/> Con título de maestría	<b>Formación profesional</b> <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)	<b>Doctorado</b> <input type="checkbox"/> Con algunos créditos de doctorado, pero sin título <input type="checkbox"/> Con título de doctorado

Requerido para estudiantes de tiempo completo

<b>ID de estudiante/OSIS:</b>	<b>Tipo de escuela:</b> <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra: _____
-------------------------------	--

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_

<b>Dirección de la escuela:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>
---------------------------------	----------------	-----------------------

## Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

### Parte V: Información del grupo familiar

Para toda la siguiente serie de preguntas, por **GRUPO FAMILIAR** se entiende cualquier persona o grupo de personas (familiares o no familiares) que conviven como una unidad económica. Por **INGRESOS** se entienden los ingresos brutos anuales totales de todos los integrantes familiares y no familiares mayores de 18 años del grupo familiar.

<p><b>El candidato es parte de un grupo familiar encabezado por</b> (marque uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Monoparental: mujer</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dos adultos: sin niños</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Monoparental: hombre</td> <td><input type="checkbox"/> Grupo familiar biparental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solo una persona: sin hijos</td> <td><input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Monoparental: mujer	<input type="checkbox"/> Dos adultos: sin niños	<input type="checkbox"/> Monoparental: hombre	<input type="checkbox"/> Grupo familiar biparental	<input type="checkbox"/> Solo una persona: sin hijos	<input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional	<input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños	<input type="checkbox"/> Otro	<p><b>Tipo de vivienda del candidato</b> (marque uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Propia</td> <td><input type="checkbox"/> Autoridad de la Vivienda de la ciudad de Nueva York (NYCHA)</td> <td><input type="checkbox"/> Otra: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alquilada</td> <td><input type="checkbox"/> Refugio</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sin vivienda</td> <td><input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Autoridad de la Vivienda de la ciudad de Nueva York (NYCHA)	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Refugio		<input type="checkbox"/> Sin vivienda	<input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente	
<input type="checkbox"/> Monoparental: mujer	<input type="checkbox"/> Dos adultos: sin niños																	
<input type="checkbox"/> Monoparental: hombre	<input type="checkbox"/> Grupo familiar biparental																	
<input type="checkbox"/> Solo una persona: sin hijos	<input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional																	
<input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños	<input type="checkbox"/> Otro																	
<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Autoridad de la Vivienda de la ciudad de Nueva York (NYCHA)	<input type="checkbox"/> Otra: _____																
<input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Refugio																	
<input type="checkbox"/> Sin vivienda	<input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente																	

<p><b>Cant. de personas del grupo de familiar del candidato</b> (marque una):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Uno</td> <td><input type="checkbox"/> Dos</td> <td><input type="checkbox"/> Tres</td> <td><input type="checkbox"/> Cuatro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cinco</td> <td><input type="checkbox"/> Seis</td> <td><input type="checkbox"/> Siete</td> <td><input type="checkbox"/> Ocho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nueve</td> <td><input type="checkbox"/> Diez</td> <td><input type="checkbox"/> Once</td> <td><input type="checkbox"/> Doce</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trece</td> <td><input type="checkbox"/> Catorce</td> <td><input type="checkbox"/> Quince</td> <td><input type="checkbox"/> Dieciséis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diecisiete</td> <td><input type="checkbox"/> Dieciocho</td> <td><input type="checkbox"/> Diecinueve</td> <td><input type="checkbox"/> Más de veinte</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres	<input type="checkbox"/> Cuatro	<input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis	<input type="checkbox"/> Siete	<input type="checkbox"/> Ocho	<input type="checkbox"/> Nueve	<input type="checkbox"/> Diez	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Doce	<input type="checkbox"/> Trece	<input type="checkbox"/> Catorce	<input type="checkbox"/> Quince	<input type="checkbox"/> Dieciséis	<input type="checkbox"/> Diecisiete	<input type="checkbox"/> Dieciocho	<input type="checkbox"/> Diecinueve	<input type="checkbox"/> Más de veinte	<p><b>Ingresos estimados del grupo familiar en los últimos 12 meses:</b></p> <p>\$ _____ (p. ej. \$45,000)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres	<input type="checkbox"/> Cuatro																		
<input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis	<input type="checkbox"/> Siete	<input type="checkbox"/> Ocho																		
<input type="checkbox"/> Nueve	<input type="checkbox"/> Diez	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Doce																		
<input type="checkbox"/> Trece	<input type="checkbox"/> Catorce	<input type="checkbox"/> Quince	<input type="checkbox"/> Dieciséis																		
<input type="checkbox"/> Diecisiete	<input type="checkbox"/> Dieciocho	<input type="checkbox"/> Diecinueve	<input type="checkbox"/> Más de veinte																		

**Fuentes de ingresos del grupo familiar del candidato:** (Marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Salarios laborales	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Vales de asistencia financiera de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC)	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por ingreso del trabajo
<input type="checkbox"/> Asistencia general	<input type="checkbox"/> Cupones de elección de vivienda	<input type="checkbox"/> Programa de Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD-VASH)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	<input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad
<input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Red de Seguridad/Ayuda a domicilio	<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social por jubilación	<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social por discapacidad (SSDI)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/> Seguro por desempleo	<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Veteranos	<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos	<input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/> Indemnización laboral	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)**

**Parte VI: Situación respecto al seguro médico del candidato**

<p><b>¿Tiene el candidato seguro médico?</b> (Marque una):</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p><b>En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico tiene el candidato?</b> (Marque todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa estatal de cobertura médica infantil <input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria militar</p>
<p><b>Si no tiene seguro médico, ¿desea que otra persona lo contacte para informarle sobre cómo suscribirse a un seguro médico público?</b> (Elija uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Adquisición directa <input type="checkbox"/> Cobertura médica laboral <input type="checkbox"/> Cobertura médica infantil estatal para adultos <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
	<p><b>Si desea que lo contactemos para suscribirse al seguro médico público, ¿cuál es su medio de contacto preferido?</b> (Marque una):</p> <p><input type="checkbox"/> Corr. electrónico <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Correo postal de EE. UU. <input type="checkbox"/> Vía proveedor <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>

**Por favor, responda las preguntas a continuación y proporcione detalles adicionales en el espacio provisto. Muchas necesidades o desafíos de salud pueden ser atendidos y pueden no limitar la inscripción en el programa.**

**¿Tiene el solicitante alguna alergia? (comida, medicamentos, etc.)**  
 No  Sí \_\_\_\_\_

**¿Tiene el solicitante asma?**  
 No  Sí \_\_\_\_\_

**¿Tiene el solicitante necesidades especiales de atención médica?**  
 No  Sí \_\_\_\_\_

**¿Toma el solicitante medicamentos para alguna condición o enfermedad?**  
 No  Sí \_\_\_\_\_

**¿Hay actividades en las que el solicitante no puede participar?**  
 No  Sí \_\_\_\_\_

**Por favor, proporcione a continuación cualquier detalle adicional sobre la salud:**

N/A

**Por favor, enumere a continuación cualquier adaptación que esté solicitando para usted/el solicitante:**

N/A

## Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

### Parte VII: Consentimientos y Firmas

#### Información de Recogida/Salida

Esta pregunta **debe ser** respondida por los padres/tutores que inscriben a sus hijos

Mi hijo tiene permiso para irse a casa solo al salir:

Sí  No

#### Consentimiento para Participar

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Estoy de acuerdo con su verificación y entiendo que la falsificación puede ser motivo de terminación del servicio. La información proporcionada puede ser utilizada por la Ciudad de Nueva York para mejorar los servicios de la Ciudad y el acceso a esos servicios y para acceder a fondos adicionales.

#### Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años o más y estoy autorizado para dar mi consentimiento.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Si el participante tiene menos de 18 años:

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Consentimiento para Tratamiento Médico de Emergencia

#### Si el participante tiene 18 años o más:

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por DYCD. En caso de emergencia médica, por la presente doy mi consentimiento para que se obtenga el tratamiento médico de emergencia necesario en mi nombre. Además, autorizo a que se contacte a la(s) persona(s) de contacto de emergencia listadas.

Sí, doy mi permiso

No, no doy mi permiso

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Si el participante tiene menos de 18 años:

Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por DYCD. En caso de emergencia médica, por la presente doy mi consentimiento para que se obtenga el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, con el entendimiento de que será notificado tan pronto como sea posible. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme a mí o, si no estoy disponible, a la(s) persona(s) de contacto de emergencia listadas antes y después de proporcionar atención médica.

Sí, doy mi permiso

No, no doy mi permiso

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

### Consentimiento para Fotografía/Videograbación y Uso de Trabajo Original

Como participante inscrito en un programa financiado por DYCD, tenga en cuenta que de vez en cuando DYCD y la Ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones de terceros con las que colabora u otros representantes del gobierno (colectivamente "Partes Autorizadas") pueden estar presentes durante actividades del programa y eventos especiales asociados con los servicios del programa, tanto en la ubicación habitual del programa como en eventos fuera del sitio. En algunos casos, pueden fotografiar, videograbar, entrevistar o de otra manera registrar a los participantes y sus familias y amigos en estos programas. Las imágenes, videos y entrevistas resultantes pueden ser utilizados con o sin el nombre del participante en medios impresos y electrónicos como folletos, libros, boletines impresos y por correo electrónico, DVDs y videos, sitios web, redes sociales y blogs (colectivamente "Medios").

Por la presente autorizo y permito a las Partes Autorizadas, sin compensación y sin necesidad de aprobación adicional, fotografiar y/o grabar mi imagen y la de mi hijo, nombre, semejanza y el sonido de mi voz y la de mi hijo durante las actividades y eventos especiales del programa financiado por DYCD, y por la presente consiento que las imágenes, videos y entrevistas resultantes sean utilizadas sin compensación y sin necesidad de aprobación adicional por las Partes Autorizadas únicamente para fines no lucrativos y no comerciales en todos y cada uno de los Medios.

Sí     No

Si en el transcurso de la participación en actividades del programa financiado por DYCD y eventos especiales se crea algún trabajo original, como arte, música, coreografía, poesía o prosa (colectivamente "Trabajo Original"), por mí o mi hijo, por la presente consiento que dicho Trabajo Original sea utilizado por las Partes Autorizadas sin compensación y sin necesidad de aprobación adicional únicamente para fines no lucrativos y no comerciales en todos y cada uno de los Medios.

Sí     No

#### **Si el participante tiene 18 años o más:**

Reconozco que tengo 18 años o más y estoy autorizado para dar mi consentimiento.

Sí     No

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### **Si el participante tiene menos de 18 años:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

### Consentimiento de los Padres/Tutores para Recopilar y Compartir Información del Estudiante

El Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD) proporciona financiación para este programa como parte de su misión de ayudar a que su hijo alcance su máximo potencial. Muchos de nuestros programas son administrados por organizaciones comunitarias. Trabajamos para asegurarnos de que los servicios que usted y sus hijos reciben sean de la más alta calidad. DYCD está solicitando su permiso para permitirnos recopilar la información que necesitamos sobre su hijo, su participación y la calidad de los servicios proporcionados.

#### ¿Qué información de los registros estudiantiles de su hijo está solicitando DYCD?

Estamos solicitando su permiso para que las Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York (NYCPS) compartan con DYCD información personalmente identificable de los registros estudiantiles de su hijo. La información que nos gustaría recopilar consiste en información biográfica y de inscripción (específicamente el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación estudiantil, grado, escuela(s) a las que asistió y datos de transferencia, baja y graduación de su hijo); datos sobre la asistencia escolar de su hijo (incluyendo el número de días asistidos y ausencias); y datos de rendimiento académico (incluyendo los resultados de su hijo en exámenes estatales y nacionales, créditos obtenidos, calificaciones, estatus de promoción y retención, y puntuación del fitnessgram); y datos relacionados con cualquier acción disciplinaria tomada contra su hijo (incluyendo el número y tipo de suspensiones).

**Estamos solicitando recopilar la información listada anteriormente sobre su hijo de manera pasada, presente y futura (es decir, continua).**

También estamos solicitando su permiso para que DYCD comparta información que recopilamos en el formulario de inscripción de usted y/o su hijo con el personal de NYCPS. La información incluye información de registro, intereses y desafíos del estudiante, tipo de programa en el que está inscrito y frecuencia de participación. Esta información será utilizada para ayudar a la escuela y la organización comunitaria a trabajar juntos para satisfacer sus necesidades y las de su hijo.

#### ¿Quién verá la información de su hijo y cómo será protegida?

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo son el personal de DYCD y NYCPS que gestionan los sistemas de datos y preparan informes de investigación y análisis de programas. El número limitado de personal de DYCD identificado para recibir información personal es evaluado y recibe una formación extensa para seguir pautas estrictas sobre la protección de la confidencialidad de la información que podría identificarle a usted o a su hijo personalmente. La información personalmente identificable recopilada de los registros estudiantiles solo será compartida electrónicamente entre NYCPS y DYCD y será asegurada y protegida en la base de datos de DYCD. La información personalmente identificable no será compartida con ninguna organización comunitaria ni con sus miembros del personal. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Aunque solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las siguientes solicitudes no afectarán la participación de su hijo en los programas patrocinados por DYCD.

#### **Por favor, marque Sí o No para cada una de las siguientes declaraciones:**

Entiendo por qué DYCD está solicitando mi permiso para acceder a la información listada anteriormente de los registros estudiantiles de mi hijo y doy mi permiso para que NYCPS comparta esa información con DYCD de manera continua.

Sí, doy mi permiso       No, no doy mi permiso

Entiendo por qué DYCD está solicitando mi permiso para compartir información sobre mi hijo recopilada por DYCD con el personal de NYCPS y doy mi permiso para que DYCD comparta información con NYCPS de manera continua.

Sí, doy mi permiso       No, no doy mi permiso

Nombre del Estudiante/Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Adicional del Padre/Tutor (opcional): \_\_\_\_\_

Firma Adicional del Padre/Tutor (opcional): \_\_\_\_\_

## Inscripción universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes (13 años y menores)

### Consentimiento para hacer derivaciones y compartir información

El Departamento de Desarrollo de la Juventud y la Comunidad de Nueva York (DYCD) invierte en programas y servicios para ayudar a nuestras comunidades y a las personas que viven en ellas. Queremos asegurarnos de que los conozca y facilitarle la presentación de su solicitud.

#### Por qué necesitamos su consentimiento

Con él, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si reúne los requisitos para recibir servicios.
- Enviarle información sobre los programas y servicios financiados por el DYCD a los que puede postularse.
- Enviarle información sobre actividades de investigación, grupos de debate y encuestas para mejorar los programas.
- Compartir información de su solicitud de participación en el DYCD con los programas a los que se postula.
- Hacer un seguimiento de los resultados de los servicios que recibe.

#### Lo que compartimos

Solo daremos información para demostrar que reúne los requisitos o para ayudarlo a inscribirse en programas financiados por el DYCD.

#### Quién ve su información y cómo la protegemos

Solo los empleados autorizados del DYCD y de los programas que el DYCD financia pueden verla.

Lea a continuación, marque una de las casillas y complete el resto.

Entiendo que el DYCD necesita mi consentimiento para lo siguiente:

- Decidir si reúno los requisitos para recibir servicios.
- Enviarme información sobre programas y servicios a los que puedo postularme.
- Derivarme a programas financiados por el DYCD.
- Enviarme información sobre actividades de investigación, grupos de debate y encuestas para mejorar los programas.
- Compartir información de mi solicitud de participación en el DYCD con los programas a los que me postulo.
- Hacer un seguimiento de los resultados de los servicios que recibo.

**Sí, doy mi consentimiento.**

**No, no doy mi consentimiento.**

Nombre completo del participante (en letra de imprenta)

Firma del participante (o del padre, madre o tutor en el caso de participantes menores de 18 años)

Fecha