

欢迎来到DYCD！此表格允许您或您的孩子申请DYCD项目。每个地点每人只能提交一份申请。提交表格并不保证您有资格参加该计划，我们可能会询问更多信息，看看您是否符合资格。如果被接受，该项目将不会花费您任何费用。我们收集一些信息，如**性别、种族、民族、语言和健康保险状态**，仅用于规划目的。您对这些问题的回答不会影响您获得福利或服务状态，未经您的许可，不会分享给DYCD之外的人。**收入、家庭信息和教育/工作状况可能会影响某些项目的资格**。收集您的信息有助于DYCD了解谁从我们的计划中受益。这有助于我们改进我们的项目，并使DYCD能够继续为社区提供所需的支持。

第一部分：申请人信息

就本申请而言，**申请人**是指接受服务的人。请选择一个：

我正在为自己申请

我是为**我的孩子**完成此申请的家长或监护人

我是亲属/非亲属，**代表申请人**填写本申请

申请人名：	申请人姓氏：	MI:	申请人的出生日期 (月/日/年)：
--------------	---------------	------------	--------------------------

申请人的主要地址 (号码和街道)：	申请人的公寓号码：
--------------------------	------------------

申请人所在城市：	邮政编码：
-----------------	--------------

申请人原籍国 _____	申请人的性别 (选择所有适用的)： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 非二元性别 (非女性或男性) <input type="checkbox"/> 其它性别 <input type="checkbox"/> 双重精神 (美洲原住民/原住民) <input type="checkbox"/> 另一种性别： _____ <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 不理解问题 <input type="checkbox"/> 拒绝回答	申请人的性取向 <input type="checkbox"/> 异性恋 (非同性恋) <input type="checkbox"/> 同性恋者 <input type="checkbox"/> 女同性恋 <input type="checkbox"/> 双性恋 <input type="checkbox"/> 泛性 <input type="checkbox"/> 无性 <input type="checkbox"/> 男同 <input type="checkbox"/> 在疑问中 <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 其它性取向： _____ <input type="checkbox"/> 拒绝回答
申请人出生时的性别 (选择一个)： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> X (非男性或女性) <input type="checkbox"/> 不确定		

申请人的性别代词： <input type="checkbox"/> 她/她/她的 <input type="checkbox"/> 他/他/他的 <input type="checkbox"/> 他们/他们/他们的 <input type="checkbox"/> 其他代词：_____	申请人的种族/民族 (选择所有适用的)： <input type="checkbox"/> 美洲印第安人和阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔/e/a/o <input type="checkbox"/> 中东/北非裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民和其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人或高加索人 <input type="checkbox"/> 其他：_____	申请人是否认定为变性人? (选择一个)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 不理解问题 <input type="checkbox"/> 拒绝回答
---	--	--

<p>如果是亚裔, 请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的) :</p> <p><input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 印尼人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 马来西亚人 <input type="checkbox"/> 菲律宾人 <input type="checkbox"/> 巴基斯坦人 <input type="checkbox"/> 朝鲜人 <input type="checkbox"/> 斯里兰卡人 <input type="checkbox"/> 韩国人 <input type="checkbox"/> 台湾人 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 尼泊尔人 <input type="checkbox"/> 亚裔印度人 <input type="checkbox"/> 缅甸人 <input type="checkbox"/> 老挝人 <input type="checkbox"/> 西藏人 <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 泰国人 <input type="checkbox"/> 孟加拉人 <input type="checkbox"/> 其他 : _____ <input type="checkbox"/> 苗族</p>	<p>如果是夏威夷原住民或其他太平洋岛民, 请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的) :</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷人 <input type="checkbox"/> 关岛人 <input type="checkbox"/> 罗人 <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 斐济人 <input type="checkbox"/> 汤加人 <input type="checkbox"/> 其他 : _____</p>	<p>如果是西班牙裔或拉丁裔, 请从以下选项中进行选择 (选择所有适用的) :</p> <p><input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人/o <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 多米尼加人 <input type="checkbox"/> 中美洲人 (包括萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯等) <input type="checkbox"/> 南美裔 (包括厄瓜多尔人、哥伦比亚人、委内瑞拉人、巴拿马人等) <input type="checkbox"/> 其他西班牙裔, 拉丁裔/c/a/o, 西班牙语起源</p>
<p>申请人的英语说得怎么样? (选择一个) :</p> <p><input type="checkbox"/> 流利/非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不太好 <input type="checkbox"/> 一点也不好</p>	<p>申请人的主要语言 (选择一种) :</p> <p><input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 中文* <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 富拉尼语 <input type="checkbox"/> 德语 <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 希伯来语 <input type="checkbox"/> 印地语 <input type="checkbox"/> 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 意大利语 <input type="checkbox"/> 日语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语 <input type="checkbox"/> 曼德语 <input type="checkbox"/> 旁遮普语 <input type="checkbox"/> 波斯语 <input type="checkbox"/> 波兰语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 他加禄语 <input type="checkbox"/> 土耳其语 <input type="checkbox"/> 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 意第绪语 <input type="checkbox"/> 其他 : _____</p> <p><i>*包括广东话和普通话</i></p>	<p>申请人所说的其他语言 (选择所有适用的选项) :</p> <p><input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 中文* <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 富拉尼语 <input type="checkbox"/> 德语 <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 希伯来语 <input type="checkbox"/> 印地语 <input type="checkbox"/> 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 意大利语 <input type="checkbox"/> 日语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 克鲁、伊博或约鲁巴语 <input type="checkbox"/> 曼德语 <input type="checkbox"/> 旁遮普语 <input type="checkbox"/> 波斯语 <input type="checkbox"/> 波兰语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 他加禄语 <input type="checkbox"/> 土耳其语 <input type="checkbox"/> 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 意第绪语 <input type="checkbox"/> 其他 : _____</p> <p><input type="checkbox"/> 不适用 (申请人只能说一种语言)</p> <p><i>*包括广东话和普通话</i></p>
<p>申请人是否有以下情况之一:</p> <p>残疾人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答 父母/法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 罪犯/涉案人员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 寄养参与者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 离家出走的青少年? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 经验丰富的人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 现役军人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家庭暴力的受害者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 人口贩运的受害者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>如果申请人是残疾人, 请选择残疾类型。 (选择所有适用的选项)</p> <p><input type="checkbox"/> 认知障碍 <input type="checkbox"/> 听力相关 <input type="checkbox"/> 学习障碍 <input type="checkbox"/> 精神或精神病学 <input type="checkbox"/> 身体/慢性健康病症 <input type="checkbox"/> 身体上/运动机能受损 <input type="checkbox"/> 视觉相关 <input type="checkbox"/> 其他 : _____ <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>	<p>您或您的任何家庭成员是否曾在美国武装部队、国民警卫队或预备役服役?</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <hr/> <p>如果是, 您或您的家庭成员是否希望纽约市退伍军人服务部联系您?</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

您是如何了解您申请的DYCD项目的? (选择所有适用的选项):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 广告 | <input type="checkbox"/> 由政府机构推荐 |
| <input type="checkbox"/> 拨打了 311 | <input type="checkbox"/> 由我接受服务的其他组织推荐 (即病例管理、老年中心、收容所等) |
| <input type="checkbox"/> discoverDYCD | <input type="checkbox"/> 学校 |
| <input type="checkbox"/> DYCD Community Connect | <input type="checkbox"/> 街头集市、特别活动或街头外展 |
| <input type="checkbox"/> DYCD 社交媒体 | <input type="checkbox"/> 网站 (请具体说明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 家庭成员、朋友或邻居 | <input type="checkbox"/> 口头传述 |
| <input type="checkbox"/> 礼拜堂 | <input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 媒体 (报纸、广播、电视等) | |

第二部分: 申请人 (或家长/监护人) 的联系信息

- 以下是申请人的联系方式 以下是家长/监护人的联系信息

姓名:	电话号码	<input type="checkbox"/> 家庭座机 <input type="checkbox"/> 私人手机 <input type="checkbox"/> 工作电话
------------	-------------	---

电子邮件地址 (必填):	首选联系方式: <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: 紧急联系信息

紧急联系人姓名:	紧急联系人主要电话号码:	<input type="checkbox"/> 家庭座机 <input type="checkbox"/> 私人手机 <input type="checkbox"/> 工作电话
紧急联系人电子邮件地址:	紧急联系人与申请人的关系:	<input type="checkbox"/> 紧急联系人是申请人的父母/监护人

第四部分: 申请人的教育/工作状况

申请人的学校类型 (选择一种): <input type="checkbox"/> 全日制学生** <input type="checkbox"/> 兼职学生** <input type="checkbox"/> 不在学校***	**如果申请人是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):								
	小学	<input type="checkbox"/> 学前班	<input type="checkbox"/> 幼儿园	<input type="checkbox"/> 一年级	<input type="checkbox"/> 二年级	<input type="checkbox"/> 三年级	<input type="checkbox"/> 四年级	<input type="checkbox"/> 五年级	
申请人的当前工作状态 (选择一个): <input type="checkbox"/> 全职雇员 <input type="checkbox"/> 兼职员工 <input type="checkbox"/> 已退休的 <input type="checkbox"/> 失业 (短期, 6个月或更短时间) <input type="checkbox"/> 失业 (长期, 6个月以上) <input type="checkbox"/> 失业 (非劳动力) <input type="checkbox"/> 流动季节性农场工人 <input type="checkbox"/> 不适用 (申请人未满14岁)	中学	<input type="checkbox"/> 六年级		<input type="checkbox"/> 七年级			<input type="checkbox"/> 八年级		
	高中	<input type="checkbox"/> 九年级	<input type="checkbox"/> 十年级	<input type="checkbox"/> 十一年级	<input type="checkbox"/> 十二年级	<input type="checkbox"/> 获得高中同等学历		<input type="checkbox"/> 获得高中同等学历	
	社区学院	<input type="checkbox"/> 第1学年		<input type="checkbox"/> 第2学年		<input type="checkbox"/> 第3学年		<input type="checkbox"/> 第4学年	<input type="checkbox"/> 获得副学士学位
	职业/贸易学校	<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		
	四年制学院/大学	<input type="checkbox"/> 大一新生		<input type="checkbox"/> 大学二年级生		<input type="checkbox"/> 初级		<input type="checkbox"/> 高级	<input type="checkbox"/> 获得学士学位
	硕士学位:	<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		
	专业学位	<input type="checkbox"/> 一些专业学位学分 (如MD、DDS、DVM、LLB、JD), 但未获得学位					<input type="checkbox"/> 获得专业学位 (如医学博士、DDS、DVM、LLB、JD)		
	博士学位:	<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		
	其它	<input type="checkbox"/> 获得外国学位					<input type="checkbox"/> 未获得正规学校教育		

高中和青少年识字项目必需：

学生证号码/OSIS	学校类型: <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 特许 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
学校名称:	学校地址:	城市:	邮政编码:

第五部分：家庭信息

对于下一组问题，**家庭**被定义为作为一个经济单元共同生活的任何个人或人群体（家庭或非家庭成员）。**收入**是指家庭中所有18岁以上的家庭成员和非家庭成员的总计年度收入。

申请人居住的家庭组成方式 (选择一个)：	申请人的住房类型 (选择一种)：
<input type="checkbox"/> 单亲 - 女性 <input type="checkbox"/> 单亲 - 男性 <input type="checkbox"/> 单亲父母-无子女 <input type="checkbox"/> 有孩子的非亲属成年人 <input type="checkbox"/> 两个成年人 - 没有孩子 <input type="checkbox"/> 两个家长的家庭 <input type="checkbox"/> 多代同堂家庭 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 自己的 <input type="checkbox"/> 租金 <input type="checkbox"/> 无家可归的 <input type="checkbox"/> 纽约市住房管理局 <input type="checkbox"/> 避难所 <input type="checkbox"/> 其他永久性住房 <input type="checkbox"/> 其它：_____

申请人的家庭规模 (选择一个人数)：	申请者家庭12个月总收入：
<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> 六 <input type="checkbox"/> 七 <input type="checkbox"/> 八 <input type="checkbox"/> 九 <input type="checkbox"/> 十 <input type="checkbox"/> 十一 <input type="checkbox"/> 十二 <input type="checkbox"/> 十三 <input type="checkbox"/> 十四 <input type="checkbox"/> 十五 <input type="checkbox"/> 十六 <input type="checkbox"/> 十七 <input type="checkbox"/> 十八 <input type="checkbox"/> 十九 <input type="checkbox"/> 二十	\$ _____

申请人家庭收入来源： (选择所有适用的选项)：

<input type="checkbox"/> 就业工资	<input type="checkbox"/> 《平价医疗法案》补贴	<input type="checkbox"/> 赡养费或其他配偶赡养费	<input type="checkbox"/> 儿童抚养费	<input type="checkbox"/> 儿童保育券	<input type="checkbox"/> 所得税抵免 (EITC)	<input type="checkbox"/> 就业税收抵免
<input type="checkbox"/> 一般援助	<input type="checkbox"/> 住房选择券	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助计划	<input type="checkbox"/> 退休金	<input type="checkbox"/> 永久性支持性住房	<input type="checkbox"/> 私人残疾保险
<input type="checkbox"/> 公共住房	<input type="checkbox"/> 安全网/家庭救济	<input type="checkbox"/> 社会保障退休收入	<input type="checkbox"/> 社会保障残疾收入	<input type="checkbox"/> 补充安全收入 (SSI)	<input type="checkbox"/> 补充营养援助计划 (SNAP)	<input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助
<input type="checkbox"/> 失业保险	<input type="checkbox"/> 与VA非服务有关的残疾退休金	<input type="checkbox"/> VA服务-有关的残疾补偿	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> 工人补偿	<input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 拒绝回答

Part VI: Applicant's Health Information

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

如果您想就注册公共健康保险事宜与您取得联系, 您首选的联系方式是什么?

(选择一个) :

电邮 电话 美国邮政 通过提供商 拒绝回答

请回答以下问题, 并在提供的空白处提供额外细节。许多需求或健康挑战可以得到适当的安排, 这些不会限制您的孩子参与该项目

申请人是否有任何过敏情况 (例如: 食物、药物等)? 是 否

如果是的话: _____

申请人是否有哮喘? 是 否

申请人是否有特殊健康需求? 是 否

如果是的话: _____

申请人是否为任何疾病或状况服用药物? 是 否

如果是的话: _____

申请人是否有不能参与的活动? 是 否

如果是的话: _____

请提供任何额外的健康信息细节:

不适用

请列出您为自己/申请人请求的任何 accommodations (适应措施):

不适用

第七部分: 额外的 CSBG 问题

您是否希望有人联系您, 提供有关儿童抚养费 and 欠款项目的信息, 以及如何支付或接收儿童抚养费?

是 否

您希望通过什么方式联系您?

通过该提供者 电子邮件 电话 美国邮政

您是否希望有人联系您, 提供有关注册免费金融教育或税务援助项目的信息?

是 否

您希望通过什么方式联系您?

通过该提供者 电子邮件 电话 美国邮政

申请人是否接受了 ACS 预防服务? 是 否

第八部分：通用同意和签名

拍照/录像和使用原创作品同意书

作为注册DYCD 资助计划的参与者，请注意，DYCD 和纽约市、其合同供应商、授权代理人、其合作的第三方组织或其他政府、代表（统称“获授权方”）可能不时出席与计划服务有关的计划活动或特别活动，无论是在常用计划地点举行的活动还是站点外活动。在某些情况下，他们可能拍照、录像、采访或以其他方式记录这些计划中的参与者及其家庭和朋友们。而且，可能使用所得照片、视频和采访，无论打印版或电子版媒体上是否有参与者姓名，比如手册、书籍、纸版或电子邮件通讯、DVD 和视频、网站、社交媒体和博客（统称“媒体”）。

我特此授权并允许获授权方在DYCD 资助计划活动和特别活动中拍摄和/或记录我和我孩子的照片、姓名、肖像以及我和我孩子的声音，而且，我特此同意获授权方仅能出于非盈利、非商业目的在任何和所有媒体中无偿使用所得照片、视频和采访，无需进一步批准。

是 否

如果，在参加 DYCD 资助计划活动和特别活动中，我或我的孩子创作了任何原创作品，比如艺术、音乐、舞蹈、诗歌或散文（统称“原创作品”），我特此同意获授权方仅能出于非盈利、非商业目的在任何和所有媒体中无偿使用此类原创作品，无需进一步批准。

是 否

我承认我年满18岁

是 否

如果您年满18岁：

参与者全名

签名

日期

医疗急救同意书

对于成年参与者 (18 岁以上) :

作为参与者, 本人应召参与纽约市青少年与社区发展局 (DYCD) 资助的项目。在出现紧急医疗情况时, 本人特此同意项目主办方人员将代表本人寻求必要的医疗急救。本人进一步授权项目主办方人员联系下列紧急联系人。

是 否

参与者全名

参与者签字

日期

在出现紧急医疗情况时, 本人指定以下人员为紧急联系人:

紧急联系人姓名

电话号码

与参与者的关系

同意转介和分享信息

纽约市青年和社区部 (DYCD) 投资于项目和服务, 以帮助我们的社区和生活在这里的人们。我们希望确保您了解他们, 并使您能够轻松申请。

为什么我们需要您的同意

有了它, 我们可以:

- 决定您是否有资格获得服务;
- 向您发送您可以申请的DYCD资助项目和服务的信息;
- 向您发送与计划改进相关的研究活动、焦点小组和调查的信息;
- 与您申请的项目共享您的DYCD参与者申请中的信息; 以及
- 跟踪您收到的服务的结果。

我们共享的内容

我们只会提供信息来证明您符合资格或帮助您注册DYCD资助的项目。

谁能看到您的信息以及我们如何保护它

只有DYCD和DYCD基金项目的授权员工才能查看。

请阅读以下内容, 勾选其中一个框, 然后填写其余部分。

我理解DYCD为什么需要我的同意:

- 决定您是否有资格获得服务;
- 向我发送有关我可以申请的项目和服务的信息;
- 请向我介绍DYCD资助的项目;
- 向我发送与计划改进相关的研究活动、焦点小组和调查的信息;
- 与我申请的项目共享我的DYCD参与者申请中的信息; 以及
- 跟踪我收到的服务的结果。

是的, 我同意。 不, 我不同意。

参与者的全名 (请用正楷书写)

参与者 (或18岁以下参与者的父母/监护人) 签名

日期

第九部分：额外的同意和签名

参与同意书

据我所知，上述信息是真实的。我同意进行验证，并理解伪造可能成为终止服务的理由。提供的信息可能会被纽约市用来改进市政服务及获取这些服务的渠道，并用于争取额外资金。

为了继续获得支持该项目的资金，必须收集所有要求的信息。如果您有任何疑问，请咨询提供者的项目主管。

如果申请人年满 18 岁：

我确认我已满18岁或以上，并且有权给予同意

是 否

参与者的全名

参与者签名

日期

第十部分：家庭收入验证表格

社区服务块拨款 (CSBG) 项目参与者自我认证表格

该项目由社区服务块拨款 (CSBG) 资助，资金来源于美国卫生与公共服务部儿童与家庭事务管理局社区服务办公室。您必须填写此表格，以证明您有资格参与此项目。

说明：请找出您家庭中的人数，然后勾选包含您年家庭收入金额的方框。收入定义为家庭中所有18岁及以上成员的总收入，包括家庭成员和非家庭成员。所有收入来源都必须根据预期在未来12个月内的收入进行计算。

请根据您的家庭规模检查您的收入范围（例如，如果您的家庭有5人，请查看5人的收入范围；如果您的家庭有8人，请查看8人的收入范围）：注意：对于超过8人的每个额外家庭成员，增加每人\$4,540。

家庭	0 – 50%	51 – 75%	76 – 100%	101 – 125%	126% - 200%	201%+
1人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$ 7,825	<input type="checkbox"/> \$ 7,826- \$11,737	<input type="checkbox"/> \$11,738- \$15,650	<input type="checkbox"/> \$15,651- \$19,562	<input type="checkbox"/> \$19,563- \$31,300	<input type="checkbox"/> \$31,301+
2人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$10,575	<input type="checkbox"/> \$10,576- \$15,862	<input type="checkbox"/> \$15,863- \$21,150	<input type="checkbox"/> \$21,151- \$26,437	<input type="checkbox"/> \$26,438- \$42,300	<input type="checkbox"/> \$42,301+
3人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$13,325	<input type="checkbox"/> \$13,326- \$19,987	<input type="checkbox"/> \$19,988- \$26,650	<input type="checkbox"/> \$26,651- \$33,312	<input type="checkbox"/> \$33,313- \$53,300	<input type="checkbox"/> \$53,301+
4人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$16,075	<input type="checkbox"/> \$16,076- \$24,112	<input type="checkbox"/> \$24,113- \$32,150	<input type="checkbox"/> \$32,151- \$40,187	<input type="checkbox"/> \$40,188- \$64,300	<input type="checkbox"/> \$64,301+
5人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$18,825	<input type="checkbox"/> \$18,826- \$28,237	<input type="checkbox"/> \$28,238- \$37,650	<input type="checkbox"/> \$37,651- \$47,062	<input type="checkbox"/> \$47,063- \$75,300	<input type="checkbox"/> \$75,301+
6人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$21,575	<input type="checkbox"/> \$21,576- \$32,362	<input type="checkbox"/> \$32,363- \$43,150	<input type="checkbox"/> \$43,151- \$53,937	<input type="checkbox"/> \$53,938 - \$86,300	<input type="checkbox"/> \$86,301+
7人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$24,325	<input type="checkbox"/> \$24,326- \$36,487	<input type="checkbox"/> \$36,488- \$48,650	<input type="checkbox"/> \$48,651- \$60,812	<input type="checkbox"/> \$60,813- \$97,300	<input type="checkbox"/> \$97,301+
8人家庭:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$27,075	<input type="checkbox"/> \$27,076- \$40,612	<input type="checkbox"/> \$40,613- \$54,150	<input type="checkbox"/> \$54,151- \$67,687	<input type="checkbox"/> \$67,688- \$108,300	<input type="checkbox"/> \$108,301+

我声明上述收入信息真实无误。我了解，虚报收入将成为终止CSBG项目服务的理由。我理解可能会被要求提供收入证明以验证我的收入。如果我的收入状况发生变化，我同意立即通知该项目并提交修订后的自我认证表格。

申请者的姓名: _____

申请者签名: _____ 日期: _____

家长/监护人: _____ 日期: _____ (如果申请者未满18岁，则需要签名)

组织: _____

接待专员/工作人员 _____ 日期: _____

社区发展基金 (CDBG) 项目参与者自我认证表

该项目由美国住房和城市发展部提供的社区发展基金 (CDBG) 资助。您必须填写此表格，以证明该项目符合联邦资金的资格。

说明：请找到您家庭中的人数，然后勾选包含家庭年收入金额的框。收入被定义为居住在家庭中的所有 18 岁及以上家庭成员和非家庭成员的总年收入。必须计算家庭中所有人的所有收入来源，并根据预计在接下来的 12 个月内预期的收入进行计算。

请根据您的家庭人数选择您的收入范围（例如，如果您的家庭有 5 个人，请参阅家庭人数为 5 的栏；如果您的家庭有 8 个人，请参阅家庭人数为 8 的栏）：

家庭	极低收入	非常低收入	低收入	非低收入
HH of 1:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$34,050	<input type="checkbox"/> \$34,051 - \$56,700	<input type="checkbox"/> \$56,701 - \$90,750	<input type="checkbox"/> \$90,751 +
HH of 2:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$38,900	<input type="checkbox"/> \$38,901 - \$64,800	<input type="checkbox"/> \$64,801 - \$103,700	<input type="checkbox"/> \$103,701 +
HH of 3:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$43,750	<input type="checkbox"/> \$43,751 - \$72,900	<input type="checkbox"/> \$72,901 - \$116,650	<input type="checkbox"/> \$116,651 +
HH of 4:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$48,600	<input type="checkbox"/> \$48,601 - \$81,000	<input type="checkbox"/> \$81,001 - \$129,600	<input type="checkbox"/> \$129,601 +
HH of 5:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$52,500	<input type="checkbox"/> \$52,501 - \$87,500	<input type="checkbox"/> \$87,501 - \$140,000	<input type="checkbox"/> \$140,001 +
HH of 6:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$56,400	<input type="checkbox"/> \$56,401 - \$94,000	<input type="checkbox"/> \$94,001 - \$150,350	<input type="checkbox"/> \$150,351 +
HH of 7:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$60,300	<input type="checkbox"/> \$60,301 - \$100,450	<input type="checkbox"/> \$100,451 - \$160,750	<input type="checkbox"/> \$160,751 +
HH of 8:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$64,200	<input type="checkbox"/> \$64,201 - \$106,950	<input type="checkbox"/> \$106,951 - \$171,100	<input type="checkbox"/> \$171,101 +
HH of 9:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$68,050	<input type="checkbox"/> \$68,051 - \$113,400	<input type="checkbox"/> \$113,401 - \$181,450	<input type="checkbox"/> \$181,451 +
HH of 10:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$71,950	<input type="checkbox"/> \$71,951 - \$119,900	<input type="checkbox"/> \$119,901 - \$191,850	<input type="checkbox"/> \$191,851 +

请填写家庭中每个种族类别的人数，并指明他们是否属于西班牙裔。

种族类别	西班牙裔或拉丁裔	非西班牙裔或拉丁裔
白人		
黑人/非洲裔美国人		
亚洲人		
美洲印第安人/阿拉斯加土著		
夏威夷土著/其他太平洋岛屿居民		
美洲印第安人/阿拉斯加土著和白人		
亚洲人和白人		
黑人/非洲裔美国人和白人		
美洲印第安人/阿拉斯加土著和黑人/非洲裔美国人		
其他多种族		

我证明在此表格上提供的信息准确完整。我进一步承认我所指示的收入水平可能会受到提供服务的机构、纽约市和/或HUD的进一步核实。因此，我授权进行这种核实，并在要求时提供支持文件。警告：美国法典第18章第1001节规定，向任何美国部门或机构作虚假陈述或歪曲事实是刑事犯罪。

申请人姓名（请用打印体字）：

申请人签名 _____ 日期 _____

请勿在此行下方填写；仅供工作人员填写

Classification:	
E.L.I.: <input type="checkbox"/>	L.I.: <input type="checkbox"/> M.I.: <input type="checkbox"/> Non-L.M.I.: <input type="checkbox"/>
_____	_____
Name of Organization Staff Member	Date