

**¡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> |
|------------------------------|-----------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>País de origen del candidato:</b><br><br>                                                                                                                                                                                                | <b>Identidad de género del candidato</b> (marque todas las que correspondan):<br><br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> No binario (ni femenino ni masculino)<br><input type="checkbox"/> Género no conforme<br><input type="checkbox"/> Dos espíritus (Nativos americanos/Primeras naciones)<br><input type="checkbox"/> Otro género: _____<br><input type="checkbox"/> No lo sé con seguridad<br><input type="checkbox"/> No entiendo la pregunta<br><input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <b>Orientación sexual del candidato:</b><br><br><input type="checkbox"/> Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Gay<br><input type="checkbox"/> Lesbiana<br><input type="checkbox"/> Bisexual<br><input type="checkbox"/> Pansexual<br><input type="checkbox"/> Asexual<br><input type="checkbox"/> Queer<br><input type="checkbox"/> Dudando<br><input type="checkbox"/> No lo sé con seguridad<br><input type="checkbox"/> Otra orientación sexual: _____<br><input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <b>Sexo del candidato al nacer</b> (marque una):<br><br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> X (ni masculino ni femenino)<br><input type="checkbox"/> No lo sé con seguridad |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pronombre del candidato:</b><br><br><input type="checkbox"/> Ella<br><input type="checkbox"/> Él<br><input type="checkbox"/> Elle<br><input type="checkbox"/> Otro pronombre: _____<br><input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <b>Raza o etnicidad del candidato</b> (marque todas las que correspondan):<br><br><input type="checkbox"/> Indígena americana y nativa de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiática<br><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana<br><input type="checkbox"/> Hispana o latina<br><input type="checkbox"/> De oriente medio/norte de África<br><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái y otras islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Blanca o caucásica<br><input type="checkbox"/> Otra: _____ | <b>¿Se identifica el candidato como transgénero?</b> (Marque una):<br><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No lo sé con seguridad<br><input type="checkbox"/> No entiendo la pregunta<br><input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Si es de origen asiático, seleccione entre las siguientes opciones</b> (marque todas las que correspondan): <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Chino<br/> <input type="checkbox"/> Japonés<br/> <input type="checkbox"/> Filipino<br/> <input type="checkbox"/> Norcoreano<br/> <input type="checkbox"/> Surcoreano<br/> <input type="checkbox"/> Vietnamita<br/> <input type="checkbox"/> Indígena asiático<br/> <input type="checkbox"/> Laosiano<br/> <input type="checkbox"/> Camboyano<br/> <input type="checkbox"/> Bangladesí<br/> <input type="checkbox"/> Hmong                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Indonesio<br/> <input type="checkbox"/> Malayo<br/> <input type="checkbox"/> Paquistaní<br/> <input type="checkbox"/> Esrilanqués<br/> <input type="checkbox"/> Taiwanés<br/> <input type="checkbox"/> Nepalés<br/> <input type="checkbox"/> Birmano<br/> <input type="checkbox"/> Tibetano<br/> <input type="checkbox"/> Tailandés<br/> <input type="checkbox"/> Otro: _____                 </div> </div>                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Si es de origen hawaiano o de otras islas del Pacífico, seleccione entre las siguientes opciones</b> (marque todas las que correspondan): <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Hawaiano<br/> <input type="checkbox"/> Guamanés<br/> <input type="checkbox"/> Chamorro<br/> <input type="checkbox"/> Samoano<br/> <input type="checkbox"/> Fiyiano<br/> <input type="checkbox"/> Tongano<br/> <input type="checkbox"/> Otro: _____             </div> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Si es de origen hispano o latino, seleccione de las siguientes opciones</b> (marque todas las que correspondan): <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-americano, chicano<br/> <input type="checkbox"/> Puertorriqueño<br/> <input type="checkbox"/> Cubano<br/> <input type="checkbox"/> Dominicano<br/> <input type="checkbox"/> Centroamericano (incluidos salvadoreños, guatemaltecos, hondureños, etc.)<br/> <input type="checkbox"/> Sudamericanos (incluidos ecuatorianos, colombianos, venezolanos, panameños, etc.)<br/> <input type="checkbox"/> De otro origen hispano, latino, español: _____             </div> |  |  |
| <b>¿Qué nivel de inglés tiene el candidato?</b><br>(Marque una): <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Fluido/Muy bueno<br/> <input type="checkbox"/> Bueno<br/> <input type="checkbox"/> No muy bueno<br/> <input type="checkbox"/> Ninguno             </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>Idioma principal del candidato</b> (marque una): <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Inglés<br/> <input type="checkbox"/> Bengali<br/> <input type="checkbox"/> Fula<br/> <input type="checkbox"/> Criollo haitiano<br/> <input type="checkbox"/> Húngaro<br/> <input type="checkbox"/> Coreano<br/> <input type="checkbox"/> Punyabí<br/> <input type="checkbox"/> Portugués<br/> <input type="checkbox"/> Español<br/> <input type="checkbox"/> Urdu<br/> <input type="checkbox"/> Otro: _____                 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Albanés<br/> <input type="checkbox"/> Chino*<br/> <input type="checkbox"/> Alemán<br/> <input type="checkbox"/> Hebreo<br/> <input type="checkbox"/> Italiano<br/> <input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba<br/> <input type="checkbox"/> Persa<br/> <input type="checkbox"/> Rumano<br/> <input type="checkbox"/> Tagalog<br/> <input type="checkbox"/> Vietnamita                 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Árabe<br/> <input type="checkbox"/> Francés<br/> <input type="checkbox"/> Gujarati<br/> <input type="checkbox"/> Hindi<br/> <input type="checkbox"/> Japonés<br/> <input type="checkbox"/> Mandé<br/> <input type="checkbox"/> Polaco<br/> <input type="checkbox"/> Ruso<br/> <input type="checkbox"/> Turco<br/> <input type="checkbox"/> Yiddish                 </div> </div> <p style="margin-top: 10px;"><i>*incluidos cantonés y mandarín</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Otros idiomas que hable el candidato</b> (Marque todas las que correspondan): <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Inglés<br/> <input type="checkbox"/> Bengali<br/> <input type="checkbox"/> Fula<br/> <input type="checkbox"/> Criollo haitiano<br/> <input type="checkbox"/> Húngaro<br/> <input type="checkbox"/> Coreano<br/> <input type="checkbox"/> Punyabí<br/> <input type="checkbox"/> Portugués<br/> <input type="checkbox"/> Español<br/> <input type="checkbox"/> Urdu<br/> <input type="checkbox"/> Otro: _____                 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Albanés<br/> <input type="checkbox"/> Chino*<br/> <input type="checkbox"/> Alemán<br/> <input type="checkbox"/> Hebreo<br/> <input type="checkbox"/> Italiano<br/> <input type="checkbox"/> Kru, ibo o yoruba<br/> <input type="checkbox"/> Persa<br/> <input type="checkbox"/> Rumano<br/> <input type="checkbox"/> Tagalog<br/> <input type="checkbox"/> Vietnamita                 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Árabe<br/> <input type="checkbox"/> Francés<br/> <input type="checkbox"/> Gujarati<br/> <input type="checkbox"/> Hindi<br/> <input type="checkbox"/> Japonés<br/> <input type="checkbox"/> Mandé<br/> <input type="checkbox"/> Polaco<br/> <input type="checkbox"/> Ruso<br/> <input type="checkbox"/> Turco<br/> <input type="checkbox"/> Yiddish                 </div> </div> <p style="margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> No corresponde (el candidato solo habla un idioma)</p> <p style="margin-top: 10px;"><i>*incluidos cantonés y mandarín</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
| <b>¿Alguna de las siguientes corresponde al candidato?</b> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">                 Persona con discapacidad<br/><br/>                 Padre/Madre/Tutor legal<br/>                 Delincuente/Justicia implicada<br/>                 Participante en un programa de acogida<br/>                 Joven fugitivo o sin hogar<br/>                 Veterano<br/>                 Militar en servicio activo<br/>                 Víctima de violencia doméstica<br/>                 Víctima de trata de personas             </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             </div> </div> </div> |  | <b>Si el candidato es una persona con discapacidad, indique el tipo de discapacidad</b> (marque todas las que correspondan): <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo<br/> <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva<br/> <input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje<br/> <input type="checkbox"/> Discapacidad mental o psiquiátrica<br/> <input type="checkbox"/> Enfermedad física/crónica<br/> <input type="checkbox"/> Deterioro físico/de la movilidad<br/> <input type="checkbox"/> Discapacidad visual<br/> <input type="checkbox"/> Otra: _____<br/><br/> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder             </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <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> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <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> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |

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

- ☐ Publicidad  
☐ Llamada al 311  
☐ discoverDYCD  
☐ Community Connect del DYCD  
☐ Redes sociales del DYCD  
☐ Familiar, amigo o vecino  
☐ Lugar de culto  
☐ Medios de comunicación (periódico, radio, TV, etc.)

- ☐ Recomendación de una agencia gubernamental  
☐ Recomendación de otra organización en la que recibía servicios (p. ej., administración de casos, centro para personas mayores, refugio, etc.)  
☐ Escuela  
☐ Feria callejera, evento especial o difusión en la calle  
☐ Sitio web (especifique cuál) \_\_\_\_\_  
☐ Le contaron  
☐ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

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

☐ La información de contacto de abajo es para el candidato

☐ La información de contacto de abajo es para el padre/la madre/el tutor

|               |                     |                                                                                                       |
|---------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre</b> | <b>Núm. de tel.</b> | <input type="checkbox"/> Casa<br><input type="checkbox"/> Celular<br><input type="checkbox"/> Trabajo |
|---------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Correo electrónico (requerido):**

**Método de contacto preferido:**

- ☐ Celular ☐ Tel. de casa ☐ Correo electrónico  
☐ Servicio Postal de EE. UU.

**Parte III: Información del contacto de emergencia**

|                                           |                                                               |                                                                                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del contacto de emergencia:</b> | <b>Núm. de teléfono principal del contacto de emergencia:</b> | <input type="checkbox"/> Casa<br><input type="checkbox"/> Celular<br><input type="checkbox"/> Trabajo |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Correo electrónico del contacto de emergencia:**

**Relación del contacto de emergencia con el candidato:**

- ☐ El contacto de emergencia del candidato es el padre/la madre/el tutor

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

**Tipo de formación del candidato** (marque una):

- ☐ Estudiante a tiempo completo\*\*  
☐ Estudiante a tiempo parcial\*\*  
☐ No estudia\*\*\*

**Trabajo actual del candidato** (Marque una):

- ☐ Empleado a tiempo completo  
☐ Empleado a tiempo parcial  
☐ Jubilado  
☐ Desempleado (hace poco tiempo, 6 meses o menos)  
☐ Desempleado (hace mucho tiempo, más de 6 meses)  
☐ Desempleado (no forma parte de la población activa)  
☐ Trabajador agrícola estacional migrante  
☐ No corresponde (el candidato es menor de 14 años)

**\*\*Si el candidato es un estudiante a tiempo parcial o a tiempo completo, seleccione el grado actual del candidato** (marque una):

**\*\*\*Si el candidato no estudia, seleccione el último grado completado por el candidato** (marque una):

|                                        |                                                                                                                         |                               |                                  |                               |                                                     |                                                                                                     |                                                            |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <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"/> 1.º año                                                                                        |                               | <input type="checkbox"/> 2.º año |                               | <input type="checkbox"/> 3.º año                    | <input type="checkbox"/> Último Año                                                                 | <input type="checkbox"/> Obtuvo Bachillerato Universitario |
| <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                                                    |                                                            |
| <b>Otro</b>                            | <input type="checkbox"/> Con título del extranjero                                                                      |                               |                                  |                               |                                                     | <input type="checkbox"/> Sin estudios formales                                                      |                                                            |

| Información de la escuela del candidato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Is Applicant in an Individualized Educational Program (IEP?)</b><br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>ID de estudiante/OSIS:</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>School Name:</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>School Address:</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ciudad:</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Estado:</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Código postal:</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Parte V: Información del grupo familiar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Para toda la siguiente serie de preguntas, por <b>GRUPO FAMILIAR</b> se entiende cualquier persona o grupo de personas (familiares o no familiares) que conviven como una unidad económica. Por <b>INGRESOS</b> se entienden los ingresos brutos anuales totales de todos los integrantes familiares y no familiares mayores de 18 años del grupo familiar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>El candidato es parte de un grupo familiar encabezado por</b> (marque uno):<br><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Monoparental: mujer<br/> <input type="checkbox"/> Monoparental: hombre<br/> <input type="checkbox"/> Solo una persona: sin hijos<br/> <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños             </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Dos adultos: sin niños<br/> <input type="checkbox"/> Grupo familiar biparental<br/> <input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional<br/> <input type="checkbox"/> Otro             </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Tipo de vivienda del candidato</b> (marque uno):<br><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Propia<br/> <input type="checkbox"/> Alquilada<br/> <input type="checkbox"/> Sin vivienda             </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Autoridad de la Vivienda de la ciudad de Nueva York (NYCHA)<br/> <input type="checkbox"/> Refugio<br/> <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente             </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Otra: _____             </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Cant. de personas del grupo familiar del candidato</b> (marque una):<br><div style="display: grid; grid-template-columns: 1fr 1fr 1fr 1fr; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Uno</div> <div><input type="checkbox"/> Dos</div> <div><input type="checkbox"/> Tres</div> <div><input type="checkbox"/> Cuatro</div> <div><input type="checkbox"/> Cinco</div> <div><input type="checkbox"/> Seis</div> <div><input type="checkbox"/> Siete</div> <div><input type="checkbox"/> Ocho</div> <div><input type="checkbox"/> Nueve</div> <div><input type="checkbox"/> Diez</div> <div><input type="checkbox"/> Once</div> <div><input type="checkbox"/> Doce</div> <div><input type="checkbox"/> Trece</div> <div><input type="checkbox"/> Catorce</div> <div><input type="checkbox"/> Quince</div> <div><input type="checkbox"/> Dieciséis</div> <div><input type="checkbox"/> Diecisiete</div> <div><input type="checkbox"/> Dieciocho</div> <div><input type="checkbox"/> Diecinueve</div> <div><input type="checkbox"/> Más de veinte</div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Ingresos estimados del grupo familiar en los últimos 12 meses:</b><br><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;">\$ _____ (ej. \$45,000)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Fuentes de ingresos del grupo familiar del candidato:</b> (Marque todas las que correspondan):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Salarios laborales<br><br><input type="checkbox"/> Asistencia general<br><br><input type="checkbox"/> Vivienda pública<br><br><input type="checkbox"/> Seguro por desempleo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio<br><input type="checkbox"/> Cupones de elección de vivienda<br><br><input type="checkbox"/> Red de Seguridad/Ayuda a domicilio<br><br><input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia u otra manutención del cónyuge<br><input type="checkbox"/> Programa de Vivienda de Apoyo para Asuntos de Veteranos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD-VASH)<br><input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social por jubilación<br><br><input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de Asuntos de Veteranos                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos<br><br><input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)<br><br><input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social por discapacidad (SSDI)<br><br><input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) | <input type="checkbox"/> Vales de asistencia financiera de cuidado infantil<br><input type="checkbox"/> Pensión<br><br><input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)<br><br><input type="checkbox"/> Indemnización laboral | <input type="checkbox"/> Crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC)<br><br><input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente<br><br><input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)<br><br><input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Crédito tributario por ingreso del trabajo<br><input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad<br><br><input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)<br><input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Tiene el candidato seguro médico?</b><br>(Marque una):<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                                                                                                                                                                                     | <b>En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico tiene el candidato?</b><br>(Marque todas las que correspondan)<br><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Medicaid</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Medicare</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Programa estatal de cobertura médica infantil</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria militar</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Adquisición directa</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Cobertura médica laboral</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Cobertura médica infantil estatal para adultos</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</div> </div> |
| <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)<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si desea que lo contactemos para suscribirse al seguro médico público, ¿cuál es su medio de contacto preferido?</b> (Marque una):<br><br><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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>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.</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>¿Tiene el solicitante alguna alergia? (comida, medicamentos, etc.)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>En caso afirmativo:</b> _____                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>¿Tiene el solicitante asma?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>¿Tiene el solicitante necesidades especiales de atención médica?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>En caso afirmativo:</b> _____                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>¿Toma el solicitante medicamentos para alguna condición o enfermedad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>En caso afirmativo:</b> _____                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>¿Hay actividades en las que el solicitante no puede participar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>En caso afirmativo:</b> _____                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Por favor, proporcione a continuación cualquier detalle adicional sobre la salud:</b><br><input type="checkbox"/> N/A                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Por favor, enumere a continuación cualquier adaptación que esté solicitando para usted/el solicitante:</b><br><input type="checkbox"/> N/A                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Parte VII: Preguntas adicionales de CSBG**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Quiere que alguien se comunice con usted para brindarle información sobre manutención infantil y programas de atrasos, y cómo realizar o recibir pagos de manutención infantil?</b><br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>¿Cómo le gustaría que le contactáramos sobre esto?</b><br><br><input type="checkbox"/> A través de este proveedor <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono<br><input type="checkbox"/> Servicio Postal de EE. UU. | <b>¿Quiere que alguien se comunice con usted para brindarle información sobre cómo inscribirse en programas gratuitos de educación financiera o asistencia fiscal?</b><br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>¿Cómo le gustaría que le contactáramos sobre esto?</b><br><br><input type="checkbox"/> A través de este proveedor <input type="checkbox"/> Correo electrónico<br><input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Servicio Postal de EE. UU. |
| <b>¿Recibe el candidato servicios preventivos de ACS?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información de recogida y salida</b><br><i>Esta pregunta debe ser respondida por los solicitantes de alfabetización adolescente.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Mi hijo tiene permiso para viajar solo a casa a la hora de salida (debe ser respondido por un padre/tutor):</b><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## Parte VIII: Consentimientos y Firmas

### 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, videografiar, 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

**Consentimiento para el Tratamiento Médico de Urgencia**

**PARA PARTICIPANTES ADULTOS (18 AÑOS O MÁS):**

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de una urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento al personal del proveedor del programa para obtener el tratamiento médico de urgencia necesario. Asimismo, autorizo al personal del proveedor del programa a comunicarse con el contacto de urgencia que figura a continuación.

☐ Sí ☐ No

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Participante

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Designo a la siguiente persona como contacto de urgencia por si se presenta una urgencia médica:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Contacto de Urgencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación al Participante

**PARA LOS PARTICIPANTES MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS):**

Mi hijo(a) está inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de una urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento al personal del proveedor del programa para obtener el tratamiento médico de urgencia necesario para mi hijo(a), comprendiendo que me notificarán lo antes posible. Comprendo que harán todo lo posible por contactarme o, si no estoy disponible, que se comunicarán con el contacto de urgencia que figura a continuación, antes y después de que se preste la atención médica.

☐ Sí ☐ No

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Designo a la siguiente persona como contacto de urgencia por si se presenta una urgencia médica:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Contacto de Urgencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación al participante



## 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

**Parte IX: Consentimientos y Firmas Adicionales**

**Consentimiento para participar**

A mi leal saber y entender, la información anterior es verídica. Acepto su verificación y entiendo que la falsificación puede resultar en la terminación de servicios. La información proporcionada puede ser utilizada por la Ciudad de Nueva York para mejorar los servicios municipales, facilitar el acceso a dichos servicios y asegurar fondos adicionales.

Para continuar recibiendo el financiamiento que respalda este programa, es necesario recopilar toda la información solicitada. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte con el Director del Programa del proveedor.

**Si el candidato tiene 18 años o más:**

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento.

☐ Sí ☐ No

\_\_\_\_\_  
Nombre del candidato

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el solicitante es menor de 18 años:**

Como padre/madre/tutor, doy permiso para que mi hijo/a se registre y participe en el programa, así como para completar encuestas anónimas en busca de retroalimentación de los participantes del programa.

\_\_\_\_\_  
Nombre del candidato

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte X: Formularios de Verificación de Ingresos del Hogar**

**Formulario de Autocertificación del Participante del Programa de Subvención en Bloque para Servicios Comunitarios (CSBG)**

Este programa está financiado por la Subvención en Bloque para Servicios Comunitarios (CSBG), proporcionada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración para Niños y Familias, Oficina de Servicios Comunitarios. *Debe completar este formulario para documentar su elegibilidad para participar en este programa.*

**Instrucciones:** Encuentre el número de personas en su hogar y **marque la casilla** que contiene la cantidad de ingresos anuales del hogar. **INGRESO** se define como el ingreso anual total de todos los miembros de la familia y no familiares mayores de 18 años que viven en el hogar. Deben contarse todas las fuentes de ingresos de todas las personas en el hogar según los ingresos anticipados esperados dentro de los próximos 12 meses.

Por favor, marque su rango de ingresos según el tamaño de su hogar (por ejemplo, si hay 5 personas en su hogar, vaya a HH de 5; si hay 8 en su hogar, vaya a HH de 8): **NOTA:** por cada miembro adicional de la familia superior a 8, agregue \$4,540 por persona.

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

Afirmo que la información sobre ingresos arriba mencionada es verdadera. Entiendo que la falsificación de mis ingresos es motivo de terminación de los servicios del programa CSBG. Entiendo que se me puede pedir que proporcione documentación de ingresos para verificar mis ingresos. Si mi estado de ingresos cambia, por la presente acuerdo notificar prontamente al programa sobre este cambio y presentar un formulario de autocertificación revisado.

Nombre del candidato: \_\_\_\_\_

Firma del candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Firma requerida si el candidato tiene menos de 18 años)

Organización: \_\_\_\_\_

Especialista de Admisión/Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_