

DYCD 欢迎您! 您或您的孩子可以通过下表申请参加 DYCD 计划。一个人可向一个站点提交一张申请表。提交申请表不保证符合计划资格或准许加入。可能需要更多文件和信息来决定计划资格。如获准, 参与者加入计划无需任何费用。以下申请表项登记仅作参考和计划规划用途: **性别、种族、民族、语言、人口类型和健康保险情况**。这些问题的答案不会影响您接受福利或服务的情况, 而且, 未经申请人允许, DYCD 不会对外共享。**收入、家庭信息和教育/工作情况**只会影响特定计划的资格。

第一部分: 申请人信息

就本申请表而言, **申请人**是指申请接受服务的人。请选择一项:

- 我为我自己填写本申请表
 我是父母或监护人, 为我的孩子填写申请表
 我是亲属/非亲属, 代表申请人填写本申请表

申请人名字:		申请人姓氏:		中间名首字母:		申请人出生日期 (年/月/日):	
申请人性别 (选择一项): <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性别者		申请人种族 (选择所有适用项): <input type="checkbox"/> 美洲印第安人和阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋诸岛原住民 <input type="checkbox"/> 白人 or 白种人 <input type="checkbox"/> 其他			申请人民族 (选择一项): <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔		
申请人主要地址 (门牌和街道):						申请人公寓门牌:	
申请人城市:						申请人邮政编码:	
申请人英语水平如何? (选择一项): <input type="checkbox"/> 流利/非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> 差		申请人主要语言 (选择一项): <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 汉语* <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 弗拉尼语 <input type="checkbox"/> 德语 <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 海地克利奥尔语 <input type="checkbox"/> 希伯来语 <input type="checkbox"/> 印度语 <input type="checkbox"/> 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 意大利语 <input type="checkbox"/> 日语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 克鲁语、伊博语或约鲁巴语 <input type="checkbox"/> 曼丁哥语 <input type="checkbox"/> 旁遮普语 <input type="checkbox"/> 波斯语 <input type="checkbox"/> 波兰语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 他加禄语 <input type="checkbox"/> 土耳其语 <input type="checkbox"/> 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 意第绪语 <input type="checkbox"/> 其他: _____			申请人使用的其他语言 (选择所有适用项): <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 阿尔巴尼亚语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 孟加拉语 <input type="checkbox"/> 汉语* <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 弗拉尼语 <input type="checkbox"/> 德语 <input type="checkbox"/> 古吉拉特语 <input type="checkbox"/> 海地克利奥尔语 <input type="checkbox"/> 希伯来语 <input type="checkbox"/> 印度语 <input type="checkbox"/> 匈牙利语 <input type="checkbox"/> 意大利语 <input type="checkbox"/> 日语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 克鲁语、伊博语或约鲁巴语 <input type="checkbox"/> 曼丁哥语 <input type="checkbox"/> 旁遮普语 <input type="checkbox"/> 波斯语 <input type="checkbox"/> 波兰语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 罗马尼亚语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 他加禄语 <input type="checkbox"/> 土耳其语 <input type="checkbox"/> 乌尔都语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 意第绪语 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 不适用 (申请人只使用一种语言)		

*包括粤语和普通话

*包括粤语和普通话

纽约市青年和社区发展局 (New York City Department of Youth & Community Development) 投资一个基于社区的组织和计划网络, 以减轻贫困的影响, 并向纽约市民和社区提供发展机会。

<p>申请人是否愿意收到关于登记投票方面的信息/联系** (选择一项):</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><small>*符合以下条件, 则申请人有资格在美国联邦选举中投票: 1) 您是美国公民; 2) 您符合您在州的居住要求; 3) 您年满 18 岁。有些州允许 17 岁的人在初选中投票, 和/或登记投票, 前提他们在大选前将满 18 岁。请了解您在州的选民登记年龄要求。</small></p>	<p>申请人是否属于以下人士:</p> <p>残疾人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p> <p>父母/法定监护人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>罪犯/官司缠身? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>寄养参与者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>离家出走青少年? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>退伍军人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>现役军人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>如果申请人是残疾人, 请选择残疾类型 (选择所有适用项):</p> <p><input type="checkbox"/> 认知障碍 <input type="checkbox"/> 听力相关 <input type="checkbox"/> 学习障碍 <input type="checkbox"/> 心理或精神 <input type="checkbox"/> 身体/慢性疾病 <input type="checkbox"/> 身体/行动障碍 <input type="checkbox"/> 视觉相关 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>
---	---	--

第二部分: 申请人 (或父母/监护人) 联系信息

<input type="checkbox"/> 以下是申请人联系信息		<input type="checkbox"/> 以下是父母/监护人联系信息	
电话号码 #1	<input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作电话	电话号码 #2	<input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作电话
电子邮件地址: <input type="checkbox"/> 无电子邮件地址		首选联系方式: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 美国邮政	

第三部分: 紧急联系人信息

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

纽约市青年和社区发展局 (New York City Department of Youth & Community Development) 投资一个基于社区的组织和计划网络, 以减轻贫困的影响, 并向纽约市民和社区提供发展机会。

第四部分：申请人教育/工作情况

申请人学校类型 （选择一项）： <input type="checkbox"/> 全日制学生*** <input type="checkbox"/> 非全日制学生*** <input type="checkbox"/> 不上学****	***如果申请人是非全日制学生或全日制学生：请选择申请人目前的年级 （选择一项）： ****如果申请人不上学：请选择申请人最后读完的年级 （选择一项）： 小学： <input type="checkbox"/> 学前教育 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 一年级 <input type="checkbox"/> 二年级 <input type="checkbox"/> 三年级 <input type="checkbox"/> 四年级 <input type="checkbox"/> 五年级 中学： <input type="checkbox"/> 六年级 <input type="checkbox"/> 七年级 <input type="checkbox"/> 八年级 高中： <input type="checkbox"/> 九年级 <input type="checkbox"/> 十年级 <input type="checkbox"/> 十一年级 <input type="checkbox"/> 十二年级 社区大学： <input type="checkbox"/> 第一年 <input type="checkbox"/> 第二年 <input type="checkbox"/> 第三年 <input type="checkbox"/> 第四年 <input type="checkbox"/> 第五年 <input type="checkbox"/> 第六年以上 学院/大学： <input type="checkbox"/> 大一 <input type="checkbox"/> 大二 <input type="checkbox"/> 大三 <input type="checkbox"/> 大四 其他： <input type="checkbox"/> 高中同等学历 (HSE) <input type="checkbox"/> 职校/中等专业学校 <input type="checkbox"/> 外国学位
申请人目前的工作情况 （选择一项）： <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 失业（短期，6个月或更短） <input type="checkbox"/> 季节性农场短工	<input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 失业（长期，超过6个月） <input type="checkbox"/> 不适用（申请人未满14岁） <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失业（不是劳动人口）

第五部分：家庭信息

就以下部分所有问题而言，**家庭**的定义为：作为一个经济单位一起生活的任何个人或一群人（家庭或非家庭成员）；**收入**的定义为在该家庭中生活的18岁以上所有家庭成员或非家庭成员的总计年收入。

申请人生活的家庭家长是 （选择一项）： <input type="checkbox"/> 单身母亲 <input type="checkbox"/> 两个成年人——无孩子 <input type="checkbox"/> 单身人士——无孩子 <input type="checkbox"/> 单身父亲 <input type="checkbox"/> 父母双亲家庭 <input type="checkbox"/> 多代同堂家庭 <input type="checkbox"/> 非亲属成年人——有孩子 <input type="checkbox"/> 其他：_____	申请人住房类型 （选择一项）： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租赁 <input type="checkbox"/> NYCHA <input type="checkbox"/> 庇护所 <input type="checkbox"/> 无住房 <input type="checkbox"/> 其他永久住房 <input type="checkbox"/> 其他：_____
申请人家庭人口 （选择一项）： <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 二人 <input type="checkbox"/> 三人 <input type="checkbox"/> 四人 <input type="checkbox"/> 五人 <input type="checkbox"/> 六人 <input type="checkbox"/> 七人 <input type="checkbox"/> 八人 <input type="checkbox"/> 九人 <input type="checkbox"/> 十人 <input type="checkbox"/> 十一人 <input type="checkbox"/> 十二人 <input type="checkbox"/> 十三人 <input type="checkbox"/> 十四人 <input type="checkbox"/> 十五人 <input type="checkbox"/> 十六人 <input type="checkbox"/> 十七人 <input type="checkbox"/> 十八人 <input type="checkbox"/> 十九人 <input type="checkbox"/> 二十人以上	过去12个月家庭总收入 （选择一项）： <input type="checkbox"/> 0美元 <input type="checkbox"/> 1美元至12,060美元 <input type="checkbox"/> 12,061美元至16,240美元 <input type="checkbox"/> 16,241美元至20,420美元 <input type="checkbox"/> 拒绝回答 <input type="checkbox"/> 20,421美元至24,600美元 <input type="checkbox"/> 24,601美元至28,780美元 <input type="checkbox"/> 28,781美元至32,960美元 <input type="checkbox"/> 32,961美元至37,140美元 <input type="checkbox"/> 37,141美元至41,320美元 <input type="checkbox"/> 41,321美元至50,000美元 <input type="checkbox"/> 50,001美元至60,000美元 <input type="checkbox"/> 60,001美元至70,000美元 <input type="checkbox"/> 70,001美元至80,000美元 <input type="checkbox"/> 80,001美元至90,000美元 <input type="checkbox"/> 90,001美元至100,000美元 <input type="checkbox"/> 100,000美元以上
申请人家庭收入来源： （选择所有适用项）： <input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 平价医疗法案补贴 <input type="checkbox"/> 赡养费或其他配偶赡养费 <input type="checkbox"/> 子女抚养费 <input type="checkbox"/> 儿童抚育券 <input type="checkbox"/> 劳动所得税信贷 (EITC) <input type="checkbox"/> 就业税收抵免 <input type="checkbox"/> 一般援助 <input type="checkbox"/> 住房选择券 <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> LIEHEAP <input type="checkbox"/> 养老金 <input type="checkbox"/> 永久保障住房 <input type="checkbox"/> 私营残疾保险 <input type="checkbox"/> 公共住房 <input type="checkbox"/> 安全网/家庭救济 <input type="checkbox"/> 来自社会安全福利的退休收入 <input type="checkbox"/> 社会安全残障保险收入 (SSDI) <input type="checkbox"/> 补充保障收入 (SSI) <input type="checkbox"/> 补充营养援助计划 (SNAP) <input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助计划 (TANF) <input type="checkbox"/> 失业保险 <input type="checkbox"/> VA 非服务关联残疾抚恤金 <input type="checkbox"/> VA 服务关联残疾赔偿金 <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> 工伤补偿金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 拒绝回答	

纽约市青年和社区发展局 (New York City Department of Youth & Community Development) 投资一个基于社区的组织和计划网络，以减轻贫困的影响，并向纽约市民和社区提供发展机会。

第六部分：申请人健康保险情况

<p>申请人是否有健康保险？（选择一项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>	<p>如果是，申请人的健康保险是什么类型？（请勾选所有适用项）：</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> 州儿童健康保险计划 <input type="checkbox"/> 军人医疗保险</p> <p><input type="checkbox"/> 直接购买 <input type="checkbox"/> 职业相关 <input type="checkbox"/> 面向成年人的州儿童健康保险 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>
<p>如果您没有健康保险，您是否希望有人联系您了解关于注册公共健康保险方面的信息？（选择一项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>	<p>如果您希望收到关于注册公共健康保险的联系，您偏好什么联系方式？（选择一项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 美国邮政 <input type="checkbox"/> 通过供应商 <input type="checkbox"/> 拒绝回答</p>