

هذه الاستمارة مخصصة للمشاركين الذين تم قبولهم في البرنامج الصيفي (Summer Rising) من خلال بوابة التسجيل المركزية ومن الواجب إكمالها لإكمال التسجيل. تشير كلمة "مقدم (ة) الطلب" في هذه الاستمارة إلى الشخص الذي يتلقى الخدمات.

| معلومات مقدم (ة) الطلب | | | |
|---|--|-----------------|---------|
| الإسم الكامل لمقدم (ة) الطلب: | تاريخ الميلاد: | السن: | |
| رقم تعريف التلميذ (ة) (OSIS) (لتلاميذ إدارة التعليم فقط): | الصف: | الهوية الجنسية: | الضمان: |
| رقم هاتف مقدم (ة) الطلب (إن وُجد): | عنوان البريد الإلكتروني لمقدم (ة) الطلب (إن وُجد): | | |
| مدى تمكّن مقدم (ة) الطلب من المحادثة باللغة الانكليزية؟ (ضع علامة على خيار واحد) | اللغة الأساسية | | |
| <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> ليس جيداً <input type="checkbox"/> ليس جيداً على الإطلاق | اللغات الأخرى المتحدث بها | | |

| معلومات صحية | | |
|---|---|---|
| الرجاء الإجابة على الأسئلة أدناه وتقديم تفاصيل إضافية في المساحة المتوفرة. | | |
| هل مقدم (ة) الطلب: | | |
| يعاني من أي حساسية؟ | يعاني من الربو؟ | لديه احتياجات رعاية صحية خاصة؟ |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| لديه أنشطة لا يمكنه المشاركة فيها؟ | يتناول أدوية من أجل أي مرض أو حالة طبية؟ | |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |
| لديه أي معلومات صحية أو تسهيلات أخرى؟ (أنظمة غذائية، نوبات الصرع، داء السكري، إلى آخره) | | |
| إذا أجبت بنعم على أي سؤال أعلاه، المرجوا توفير تفاصيل إضافية هنا. يرجى إرفاق صفحات إضافية إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر. | | |

| الموافقة على العلاج الطبي | | |
|---|---|---|
| <p>طفلي مسجل كمشارك في برنامج ممول من إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD). في حالة الطوارئ الطبية، أُمّنح بموجبه الموافقة على تقديم العلاج الطبي الطارئ اللازم لطفلي، على أساس أنه سيتم إخطاري في أقرب وقت ممكن. وأُفهم بأنه سيتم بذل جميع الجهود الممكنة للاتصال بي، أو، إذا لم أكن متواجداً، الاتصال بطرف (أطراف) الاتصال في حالة الطوارئ، قبل وبعد تقديم الرعاية الطبية.</p> | | |
| <input type="checkbox"/> نعم، أُمّنح الإذن <input type="checkbox"/> لا، لا أُمّنح الإذن | | |
| اسم الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر بخط واضح: | توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: | التاريخ: |
| هل لدى مقدم (ة) الطلب تأمين صحي؟ (علم على خيار واحد) | | في حالة عدم توفر تأمين صحي، هل تريد أن يتم التّواصل معك من طرف شخص آخر لديه معلومات حول التسجيل في التّأمين الصحي؟ |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة | <input type="checkbox"/> نعم، المرجو التّواصل معي عبر: <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد: <input type="checkbox"/> عبر مُقدّم الخدمة | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة |
| إذا أجبت بنعم، أي نوع من أنواع التّأمين الصحي؟ (علم على كل ما ينطبق) | | |
| <input type="checkbox"/> برنامج ميديكيد (Medicaid) <input type="checkbox"/> تأمين متعلق بالوظيفة <input type="checkbox"/> الرعاية الصحية العسكرية | <input type="checkbox"/> برنامج ميديكير (Medicare) <input type="checkbox"/> الشّراء المُباشر <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة | <input type="checkbox"/> برنامج التّأمين الصحي للأطفال التابع للولاية <input type="checkbox"/> برنامج التّأمين الصحي للأطفال التابع للولاية للبالغين |

| معلومات الأسرة المعيشية | | |
|---|--|--|
| لجميع مجموعة الأسئلة التالية، الأسرة المعيشية تُعرّف بأنها أي فرد أو مجموعة (أفراد عائلة أو أفراد من خارج العائلة) يعيشون معاً كوحدة اقتصادية واحدة. الدخل يُعرّف بأنه إجمالي الدخل السنوي الإجمالي لجميع أفراد الأسرة وغير أفراد الأسرة الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً فأكثر والذين يعيشون داخل الأسرة المعيشية. | | |
| يعيش مُقَدِّم (ة) الطلب في منزل يرأسه (اختر إجابة واحدة): | نوع سكن مُقَدِّم (ة) الطلب (اختر إجابة واحدة): | |
| <input type="checkbox"/> والدة عزباء - أنثى <input type="checkbox"/> والد أعزب - ذكر <input type="checkbox"/> والدة(ة) أعزب/ عزباء - لا يوجد أطفال <input type="checkbox"/> أشخاص بالغين من غير الأقارب ولديهم أطفال <input type="checkbox"/> شخصان بالغان - لا يوجد أطفال <input type="checkbox"/> أسرة معيشية من شخصين بالغين <input type="checkbox"/> منزل مُتعدّد الأجيال <input type="checkbox"/> غير ذلك: | <input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> هيئة الإسكان (NYCHA) <input type="checkbox"/> ملجأ <input type="checkbox"/> غير ذلك: | |
| حجم الأسرة المعيشية لمُقَدِّم (ة) الطلب (اختر إجابة واحدة): | إجمالي دخل الأسرة المعيشية لآخر 12 شهراً (اختر إجابة واحدة): | |
| <input type="checkbox"/> واحد <input type="checkbox"/> اثنان <input type="checkbox"/> أربعة <input type="checkbox"/> خمسة <input type="checkbox"/> سبعة <input type="checkbox"/> ثمانية <input type="checkbox"/> تسعة <input type="checkbox"/> عشرة <input type="checkbox"/> أحد عشر <input type="checkbox"/> اثنا عشر <input type="checkbox"/> ثلاثة عشر <input type="checkbox"/> أربعة عشر <input type="checkbox"/> خمسة عشر <input type="checkbox"/> ستة عشر <input type="checkbox"/> سبعة عشر <input type="checkbox"/> ثمانية عشر <input type="checkbox"/> تسعة عشر <input type="checkbox"/> عشرون أو أكثر | <input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> 1 - \$12,060 <input type="checkbox"/> \$20,420 - 16,241 <input type="checkbox"/> \$32,960 - 28,781 <input type="checkbox"/> \$50,000 - 41,321 <input type="checkbox"/> \$80,000 - 70,001 <input type="checkbox"/> \$100,000 - 90,001 <input type="checkbox"/> \$16,240 - 12,061 <input type="checkbox"/> \$24,600 - 20,421 <input type="checkbox"/> \$37,140 - 32,961 <input type="checkbox"/> \$60,000 - 50,001 <input type="checkbox"/> \$90,000 - 80,001 <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة <input type="checkbox"/> \$100,000+ | |
| مصادر دخل الأسرة المعيشية لمُقَدِّم (ة) الطلب (اختر كل ما ينطبق): | | |
| <input type="checkbox"/> أجور العمل <input type="checkbox"/> قسيمة رعاية الطفل <input type="checkbox"/> قسيمة اختيار السكن <input type="checkbox"/> سكن داعم دائم <input type="checkbox"/> دخل التقاعد من الضمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) <input type="checkbox"/> شبكة الأمان/ الإغاثة المنزلية <input type="checkbox"/> برنامج المعونات الغذائية للأمهات والرضع والأطفال (WIC) | <input type="checkbox"/> دعم قانون الرعاية الميسرة <input type="checkbox"/> مسموحات ضريبة الدخل المكتسبة (EITC) <input type="checkbox"/> برنامج مساعدة <input type="checkbox"/> تأمين الإعاقة خاص <input type="checkbox"/> دخل الإعاقة من الضمان الاجتماعي (SSDI) <input type="checkbox"/> التأمين ضد البطالة <input type="checkbox"/> تعويضات العمال | <input type="checkbox"/> النفقة أو نفقة زوجية أخرى <input type="checkbox"/> المسموحات الضريبية للبطالة <input type="checkbox"/> برنامج مساعدات الطاقة المنزلية لذوي الدخل <input type="checkbox"/> الإسكان العام <input type="checkbox"/> إعانة دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI) <input type="checkbox"/> معاش المعاقين غير المتصلين بالخدمة من المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> معاش المعاقين <input type="checkbox"/> غير ذلك: |
| <input type="checkbox"/> نفقة الطفل <input type="checkbox"/> المساعدة العامة <input type="checkbox"/> المعاش <input type="checkbox"/> بطاقة مزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) <input type="checkbox"/> تعويض الإعاقة المتصلة بالخدمة للمحاربين القدامى <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة | | |

| معلومات و أدونات إضافية | | |
|---|---|--|
| المشارك(ة): | <input type="checkbox"/> يُداوم بالصّف __ وله الإذن بالإنصراف بمفرده في آخر اليوم | <input type="checkbox"/> يجب أن يتمّ استلامه |
| <input type="checkbox"/> يستفيد من النّقل الصّيفي (*المشاركون المؤهلون فقط) | شاب(ة) هارب(ة) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أرفض الإجابة |
| أطراف الاتصال في حاله الطوارئ المصرح لهم باستلام الطفل ما لم يذكر خلاف ذلك: | | |
| الاسم: | الهاتف: | العلاقة بالطفل(ة) |
| | | |
| الأشخاص التاليين لا يجب أن يكون لهم أي اتصال بطفلي: (الرجاء الكتابة بخط واضح) | | |
| الاسم/ العلاقة بالطفل(ة) | الاسم/ العلاقة بالطفل(ة) | الاسم/ العلاقة بالطفل(ة) |
| | | |
| | | |

الموافقة على التصوير الفوتوغرافي وتسجيل الفيديو واستخدام الأعمال الأصلية للتميز (ة)

بصفتك مشاركاً مسجلاً في برنامج ممول من إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD)، يرجى العلم أنه من وقت لآخر، قد تتواجد إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD)، وبلدية مدينة نيويورك، ومقدمي الخدمات المتعاقدين، والوكلاء المعتمدين، والمنظمات الخارجية التي تتعاون معهم، أو ممثلين حكوميين آخرين (يشار إليهم مجتمعين، باسم "الأطراف المصرح لها") أثناء أنشطة البرنامج والفعاليات الخاصة المرتبطة بخدمات البرنامج، سواء في موقع البرنامج المعتاد أو في الفعاليات خارج الموقع. في بعض الحالات، قد يقومون بالتصوير الفوتوغرافي أو تسجيل الفيديو أو إجراء مقابلات أو تسجيل أنشطة المشاركين وعائلاتهم وأصدقائهم في هذه البرامج. يمكن استخدام الصور ومقاطع الفيديو والمقابلات الناتجة، مع أو بدون اسم المشارك، في الوسائط المطبوعة والإلكترونية مثل الكتيبات والكتب والنشرات الإخبارية المطبوعة وعبر البريد الإلكتروني وأقراص (DVD) ومقاطع الفيديو ومواقع الإلكترونيات ووسائل التواصل الاجتماعي والمدونات (يشار إليها مجتمعة باسم "الوسائط الإعلامية"). أفوض بموجبه وأسمح للأطراف المصرح لها، دون تعويض ودون مزيد من الموافقة، بتصوير و/أو تسجيل صورة طفلي وصورتني، واسم طفلي واسمي، وهبة طفلي وهبي، وصوت طفلي وصوتي خلال أنشطة البرنامج الممول من إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) والمناسبات الخاصة، وأنا أوافق بموجبه على استخدام الصور ومقاطع الفيديو والمقابلات الناتجة، دون تعويض ودون مزيد من الموافقة من قبل الأطراف المصرح لها فقط للأغراض غير الربحية وغير التجارية في أي وجميع وسائل الإعلام.

لا نعم

إذا تم إنشاء أي عمل أصلي من طرفي أو من طرف طفلي مثل الفن أو الموسيقى أو الكوريغرافيا أو الشعر أو النثر (يشار إليها إجمالاً باسم "العمل الأصلي") في سياق المشاركة في أنشطة البرنامج الممول من إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) والمناسبات الخاصة، فأنا أوافق أن يتم استخدام هذا العمل الأصلي من قبل الأطراف المصرح لها، دون تعويض ودون مزيد من الموافقة، فقط للأغراض غير الربحية وغير التجارية في أي وجميع وسائل الإعلام.

لا نعم

الاسم الكامل لمقدم (ة) الطلب:

اسم الوالدة (ة) أو ولي (ة) الأمر بخط واضح:

توقيع الوالدة (ة) / ولي (ة) الأمر: التاريخ:

الموافقة على الإحالات ومشاركة المعلومات

تستثمر إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) في مدينة نيويورك في البرامج والخدمات لمساعدة مجتمعاتنا والأشخاص الذين يعيشون هنا. نريد أن نتأكد من معرفتك بها وأن نسهل عليك التقديم. لماذا نحتاج موافقتك:

بحصولنا على موافقتك، يمكننا القيام بما يلي:

- نرسل لك معلومات حول البرامج والخدمات الممولة من إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) التي يمكنك التقديم لها، و
- مشاركة المعلومات من طلب التقديم للمشاركة بإدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) الخاص بك في كل مرة تقدم فيها.
- ما الذي نشاركه: سنقدم معلومات فقط لإثبات أهليتك أو مساعدتك في التسجيل في البرامج الممولة من إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD).
- من يرى معلوماتك وكيف نحميها: فقط موظفي إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) المصرح لهم وموظفي البرنامج الممول يمكنهم رؤيتها. لا نشاركها مع الآخرين إلا من أجل:
- تقرير ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخدمات
- تسجيلك في البرامج والخدمات، و
- تتبع نتائج الخدمات التي تتلقاها
- يرجى القراءة أدناه، والتعليم على أحد المربعات، وملء الباقي.
- أفهم لماذا نحتاج إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) إلى موافقتي لأجل:
 - تزويدي بمعلومات حول البرامج والخدمات التي يمكنني التقديم لها،
 - وإحالي إلى البرامج الممولة من قبل إدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) و/أو
 - مشاركة المعلومات من طلب التقديم بإدارة تنمية الشبيبة والمجتمع (DYCD) للمشاركة الخاص بي مع البرامج التي أقدم لها

لا، لا أمنحُ الإذن نعم، أمنحُ الإذن

الاسم الكامل لمقدم (ة) الطلب:

اسم الوالدة (ة) أو ولي (ة) الأمر بخط واضح:

توقيع الوالدة (ة) / ولي (ة) الأمر: التاريخ:

موافقة الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر من أجل جمع ومشاركة معلومات التلميذ(ة)

تُوفّر إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) التمويل لهذا البرنامج كجزء من مهمّتها لمساعدتك على دعم طفلك/ طفلاتك للوصول إلى أقصى طموحاتهم. تتم إدارة معظم برامجنا من طرف المنظمات المجتمعية. نعمل على ضمان أن الخدمات التي تتلقاها أنت وأطفالك هي خدمات ذات جودة عالية. تطلب إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) منكم الموافقة على السماح لنا بجمع المعلومات التي نحتاجها حول طفلك، وحول مشاركته وجودة الخدمات المُقدّمة له.

ما هي المعلومات التي تطلبها إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) من سجل التلميذ الخاص بطفلك؟

نحن نطلب موافقتك لمنح الإذن لإدارة التعليم بمدينة نيويورك (NYC-DOE) لمشاركة المعلومات المحددة للهوية الشخصية من سجل التلميذ الخاص بطفلك مع إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD). المعلومات التي نودّ جمعها تتكوّن من المعلومات الذاتية ومعلومات التسجيل (خاصة اسم طفلك، وعنوانه، وتاريخ الميلاد، ورقم تعريف التلميذ، والصّف، والمدارس التي داوم بها وبيانات الانتقال، والتّسريح، والتّخرّج)، بيانات تتعلّق بحضور طفلك للمدرسة (بما في ذلك عدد أيام الحضور والغياب)، وبيانات الأداء الأكاديمي (بما في ذلك نتائج طفلك في إمتحانات الولاية والإمتحانات الوطنية، ووحدات الكريديت المكتسبة، والصّفوف، وحالات الانتقال إلى صف أعلى وحالات التكرار، ودرجات برنامج (fitnessgram)).
نحن نطلب الإذن لجمع المعلومات المشار إليها أعلاه عن طفلك في الماضي، وفي الحاضر، وفي المستقبل (بشكل دوري ومستمر).
نحن أيضاً نطلب إيداعك لإدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) بمشاركة المعلومات التي نجمعها حول استمارة التسجيل منك أنت و/أو طفلك مع موظفي إدارة التعليم. تتضمن هذه المعلومات بيانات التسجيل، إهتمامات التلميذ(ة) وتحديثاته، أنواع البرامج التي تسجّل بها وتيرة المشاركة بها. سيتمّ استعمال هذه المعلومات لمساعدة المدارس والمنصّات المجتمعية على العمل معاً لتلبية احتياجاتك أنت واحتياجات طفلك.

المرجو وضع علامة على نعم أو لا لكل العبارات التالية:

- أنا أدرك لماذا تطلب إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) موافقتي للوصول إلى المعلومات المشار إليها أعلاه من سجل التلميذ الخاص بطفلي، وأنا أمتح الإذن لإدارة التعليم (DOE) لمشاركة هذه المعلومات مع إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) بشكل دوري مستمر.
- نعم، أمتح الإذن
 لا، لا أمتح الإذن
- أنا أدرك لماذا تطلب إدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) موافقتي لمشاركة المعلومات التي جمعتها حول طفلي مع موظفي إدارة التعليم (DOE) وأنا أمتح الإذن لإدارة تنمية الشبّية والمجتمع (DYCD) لمشاركة هذه المعلومات مع إدارة التعليم (DOE) بشكل دوري مستمر.
- نعم، أمتح الإذن
 لا، لا أمتح الإذن

الاسم الكامل لمقدم(ة) الطلب:

اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر بخط واضح:

توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر:

التاريخ:

الإذن بالمشاركة

المعلومات المقدمة صحيحة إلى أقصى حدود علمي. أنا أوافق على التّحقّق منها وأفهم أنّ التّزوير قد يكون سبباً لإنهاء الخدمة. يُمكن استعمال هذه المعلومات من طرف بلدية مدينة نيويورك لتعزيز خدمات بلدية المدينة والوصول لهذه الخدمات، والحصول على المزيد من التمويل.

اسم الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر بخط واضح: _____ توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____ التاريخ: _____

رقم هاتف الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____ البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____