

## Formulario de inscripción complementario para el programa Summer Rising

**INTERNAL USE ONLY**  
Applicant: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_  
Grade: \_\_\_\_\_  
Parent: \_\_\_\_\_

Este formulario es para los participantes que fueron admitidos al programa Summer Rising a través del portal de inscripción centralizado y es necesario para completar la inscripción. Para efectos de esta solicitud, el "aspirante" se refiere a la persona que recibe los servicios.

Información del candidato					
Nombre completo del aspirante:			Fecha de nacimiento:		Edad:
Número OSIS (solo para estudiantes del DOE):		Grado:	Identidad de género:		Pronombres:
Teléfono del aspirante (si corresponde):		Email del aspirante (si corresponde):			
¿Qué tan bien domina el inglés el aspirante? (Seleccione una opción)			Idioma principal		Otros idiomas hablados
<input type="checkbox"/> De manera fluida <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada bien					

Información médica			
Responda las preguntas que figuran más abajo y proporcione información adicional en el espacio proporcionado.			
<b>El aspirante:</b>			
¿Tiene alguna alergia?		¿Tiene asma?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita servicios de salud especiales?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Hay alguna actividad en la que no pueda participar?		¿Toma medicamentos para algún otro problema de salud o enfermedad?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cualquier otra información o adaptaciones medicas? (Restricciones alimenticias, convulsiones, diabetes, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione más información aquí. Adjunte más páginas si necesita más espacio.			

Autorización para tratamiento médico			
<p><u>Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD). Cuentan con mi autorización para que, en caso de una emergencia médica, se obtenga el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo, dando por entendido que se me notificará tan pronto como sea posible. Entiendo que se hará todo lo posible para localizarme, o a los contactos para emergencias que haya proporcionado si no estoy disponible, antes y después de brindar la atención médica.</u></p>			
<input type="checkbox"/> Sí, cuentan con mi autorización		<input type="checkbox"/> No cuentan con mi autorización	
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta):		Firma del padre o tutor:	
		Fecha:	

## Formulario de inscripción complementario para el programa Summer Rising

**INTERNAL USE ONLY**  
 Applicant: \_\_\_\_\_  
 Age: \_\_\_\_\_  
 Grade: \_\_\_\_\_  
 Parent: \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>¿Tiene el aspirante un seguro médico?</b> (Seleccione una opción)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar                 </p>	<p style="text-align: center;"><b>Si la respuesta es no, ¿le gustaría que alguien más se comunique con usted con información sobre cómo solicitar el seguro médico?</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sí, comuníquese conmigo por:  <input type="checkbox"/> Correo electrónico   <input type="checkbox"/> Teléfono                 </td> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Correo postal de Estados Unidos   <input type="checkbox"/> Por medio de un proveedor                 </td> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí, comuníquese conmigo por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico  <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo postal de Estados Unidos  <input type="checkbox"/> Por medio de un proveedor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar						
<input type="checkbox"/> Sí, comuníquese conmigo por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico  <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo postal de Estados Unidos  <input type="checkbox"/> Por medio de un proveedor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar								
<b>Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de seguro médico?</b> (Marque todas las que corresponda)										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Medicaid</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Medicare</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Programa de seguro médico infantil estatal</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> A través del empleador</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Adquirido directamente</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seguro médico infantil estatal para adultos</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seguro médico a través del ejército</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Prefiero no contestar</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Programa de seguro médico infantil estatal	<input type="checkbox"/> A través del empleador	<input type="checkbox"/> Adquirido directamente	<input type="checkbox"/> Seguro médico infantil estatal para adultos	<input type="checkbox"/> Seguro médico a través del ejército	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Programa de seguro médico infantil estatal								
<input type="checkbox"/> A través del empleador	<input type="checkbox"/> Adquirido directamente	<input type="checkbox"/> Seguro médico infantil estatal para adultos								
<input type="checkbox"/> Seguro médico a través del ejército	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar									

Información del hogar																																								
<p style="text-align: center; font-size: small;">Para todas las preguntas a continuación, <b>“Hogar”</b> se define como cualquier persona o grupo de personas (sean familiares o particulares) que vivan juntas como una unidad económica. <b>“Ingreso”</b> se define como el total de ingreso bruto anual de todos los familiares y particulares mayores de 18</p>																																								
<p><b>El aspirante vive en un hogar encabezado por</b> (seleccione uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Madre soltera</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Dos adultos sin niños</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Padre soltero</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dos adultos en el hogar</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Padre o madre soltero(a) sin</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con niños</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Madre soltera	<input type="checkbox"/> Dos adultos sin niños	<input type="checkbox"/> Padre soltero	<input type="checkbox"/> Dos adultos en el hogar	<input type="checkbox"/> Padre o madre soltero(a) sin	<input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional	<input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con niños	<input type="checkbox"/> Otro:	<p><b>Tipo de vivienda del aspirante</b> (seleccione uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Vivienda propia</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Persona sin vivienda</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Vivienda alquilada</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> NYCHA</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Refugio</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Vivienda propia	<input type="checkbox"/> Persona sin vivienda	<input type="checkbox"/> Vivienda alquilada	<input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente	<input type="checkbox"/> NYCHA	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Refugio																								
<input type="checkbox"/> Madre soltera	<input type="checkbox"/> Dos adultos sin niños																																							
<input type="checkbox"/> Padre soltero	<input type="checkbox"/> Dos adultos en el hogar																																							
<input type="checkbox"/> Padre o madre soltero(a) sin	<input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional																																							
<input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con niños	<input type="checkbox"/> Otro:																																							
<input type="checkbox"/> Vivienda propia	<input type="checkbox"/> Persona sin vivienda																																							
<input type="checkbox"/> Vivienda alquilada	<input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente																																							
<input type="checkbox"/> NYCHA	<input type="checkbox"/> Otro:																																							
<input type="checkbox"/> Refugio																																								
<p><b>Tamaño del hogar del aspirante</b> (seleccione uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Uno</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Dos</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Tres</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cuatro</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cinco</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seis</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Siete</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ocho</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nueve</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diez</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Once</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Doce</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trece</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Catorce</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Quince</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dieciséis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diecisiete</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dieciocho</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diecinueve</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Veinte o más</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres	<input type="checkbox"/> Cuatro	<input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis	<input type="checkbox"/> Siete	<input type="checkbox"/> Ocho	<input type="checkbox"/> Nueve	<input type="checkbox"/> Diez	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Doce	<input type="checkbox"/> Trece	<input type="checkbox"/> Catorce	<input type="checkbox"/> Quince	<input type="checkbox"/> Dieciséis	<input type="checkbox"/> Diecisiete	<input type="checkbox"/> Dieciocho	<input type="checkbox"/> Diecinueve	<input type="checkbox"/> Veinte o más		<p><b>Ingreso total del hogar en los últimos 12 meses</b> (seleccione uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> \$0</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> \$1-\$12,060</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> \$12,061-\$16,240</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$16,241-\$20,420</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$20,421-\$24,600</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$24,601-\$28,780</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$28,781-\$32,960</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$32,961-\$37,140</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$37,141-\$41,320</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$41,321-\$50,000</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$100,000+</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000</td> <td colspan="2" style="border: none;"><input type="checkbox"/> Prefiero no contestar</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1-\$12,060	<input type="checkbox"/> \$12,061-\$16,240	<input type="checkbox"/> \$16,241-\$20,420	<input type="checkbox"/> \$20,421-\$24,600	<input type="checkbox"/> \$24,601-\$28,780	<input type="checkbox"/> \$28,781-\$32,960	<input type="checkbox"/> \$32,961-\$37,140	<input type="checkbox"/> \$37,141-\$41,320	<input type="checkbox"/> \$41,321-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000	<input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000	<input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000	<input type="checkbox"/> \$100,000+	<input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres																																						
<input type="checkbox"/> Cuatro	<input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis																																						
<input type="checkbox"/> Siete	<input type="checkbox"/> Ocho	<input type="checkbox"/> Nueve																																						
<input type="checkbox"/> Diez	<input type="checkbox"/> Once	<input type="checkbox"/> Doce																																						
<input type="checkbox"/> Trece	<input type="checkbox"/> Catorce	<input type="checkbox"/> Quince																																						
<input type="checkbox"/> Dieciséis	<input type="checkbox"/> Diecisiete	<input type="checkbox"/> Dieciocho																																						
<input type="checkbox"/> Diecinueve	<input type="checkbox"/> Veinte o más																																							
<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1-\$12,060	<input type="checkbox"/> \$12,061-\$16,240																																						
<input type="checkbox"/> \$16,241-\$20,420	<input type="checkbox"/> \$20,421-\$24,600	<input type="checkbox"/> \$24,601-\$28,780																																						
<input type="checkbox"/> \$28,781-\$32,960	<input type="checkbox"/> \$32,961-\$37,140	<input type="checkbox"/> \$37,141-\$41,320																																						
<input type="checkbox"/> \$41,321-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000																																						
<input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000	<input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000	<input type="checkbox"/> \$100,000+																																						
<input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar																																							
<b>Fuentes de ingreso del hogar del aspirante</b> (seleccione todas las opciones que correspondan):																																								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Salario laboral</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Pensión alimentaria o</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Manutención infantil</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cupón de cuidado infantil</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Crédito tributario por</td> <td style="border: none;">manutención conyugal</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asistencia general</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cupón de elección de</td> <td style="border: none;">ingresos laborales</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Crédito tributario por</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pensión</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Salario laboral	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de	<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria o	<input type="checkbox"/> Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Cupón de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por	manutención conyugal	<input type="checkbox"/> Asistencia general	<input type="checkbox"/> Cupón de elección de	ingresos laborales	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por	<input type="checkbox"/> Pensión																											
<input type="checkbox"/> Salario laboral	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de	<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria o	<input type="checkbox"/> Manutención infantil																																					
<input type="checkbox"/> Cupón de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por	manutención conyugal	<input type="checkbox"/> Asistencia general																																					
<input type="checkbox"/> Cupón de elección de	ingresos laborales	<input type="checkbox"/> Crédito tributario por	<input type="checkbox"/> Pensión																																					

## Formulario de inscripción complementario para el programa Summer Rising

INTERNAL USE ONLY

Applicant: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Parent: \_\_\_\_\_

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente                  | <input type="checkbox"/> HUD-VASH                                 | <input type="checkbox"/> LIEHEAP                              | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional         |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación del Seguro Social     | <input type="checkbox"/> Seguro privado por Seguro Social         | <input type="checkbox"/> Vivienda pública                     | <input type="checkbox"/> Indemnización de veteranos por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas | <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario   | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar                      |
| <input type="checkbox"/> Safety Net/Asistencia para vivienda           | <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo                      | <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos por incapacidad |   |
|  | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral                    | <input type="checkbox"/> Otro:                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> WIC                                      |   |   |

### Información y permisos adicionales

<b>Participante:</b>	<input type="checkbox"/> cursa grado y tiene permiso para irse solo al final del día	<input type="checkbox"/> Lo deben recoger
<input type="checkbox"/> Recibe servicios de transporte durante el verano (*solo quienes reúnen los requisitos)	<b>Joven fugado</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<b>Contactos para emergencias con autorización para recoger al menor a menos que se indique lo contrario:</b>		
Nombre:	Teléfono:	Parentesco
<b>Las siguientes personas no deben tener contacto con mi hijo:</b> (Escriba con letra legible)		
Nombre y parentesco:	Nombre y parentesco:	Nombre y parentesco:

### Autorización para fotografías/grabación de videos y uso de obras originales

Como participante de un programa financiado por el DYCD, debe estar al tanto de que, de vez en cuando, el DYCD el DOE y la Ciudad de Nueva York, los proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones con las cuales colabora, otras agencias gubernamentales o representantes (en conjunto "partes autorizadas") podrían estar presentes durante las actividades y los eventos especiales del programa, tanto en la sede habitual del programa como en otros sitios.

En algunos casos, podrían hacer fotografías y videos, entrevistar o grabar a los participantes y a sus familias y amigos en dichas actividades. Las imágenes, videos y entrevistas podrían ser utilizados, con o sin el nombre del participante, en medios impresos o electrónicos como en folletos, libros, boletines impresos y virtuales, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (en conjunto "medios").

Por medio de la presente otorgo permiso a las partes autorizadas (sin compensación ni necesidad de permiso adicional) para que le hagan fotografías o graben la imagen, el nombre y la voz de mi hijo durante actividades y eventos especiales de un programa financiado por el DYCD; y otorgo permiso a las partes autorizadas para que utilicen dichas imágenes, videos y entrevistas (sin compensación ni necesidad de permiso adicional) únicamente para fines no comerciales y sin ánimo de lucro en cualquiera de los medios.

Sí

No

Si durante la participación en las actividades o eventos especiales de un programa financiado por el DYCD, mi hijo o yo creamos obras originales como arte, música, coreografías, poesía o prosa (en conjunto "obras originales"), otorgo permiso a las partes autorizadas para que utilicen dichas obras originales (sin compensación ni necesidad de permiso adicional) únicamente para fines no comerciales y sin ánimo de lucro en cualquiera de los medios.

Sí

No

## Formulario de inscripción complementario para el programa Summer Rising

INTERNAL USE ONLY	
Applicant:	_____
Age:	_____
Grade:	_____
Parent:	_____

Nombre completo del aspirante: _____
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____
Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

### Autorización para hacer referidos y divulgar información

El Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (*Department of Youth & Community Development, DYCD*) invierte en programas y servicios que ayudan a nuestras comunidades y a las personas que viven aquí. Queremos asegurarnos de que usted esté el tanto de ellos y facilitarle la inscripción.

Por qué necesitamos su autorización:

**Con ella podemos:**

- enviarle información sobre los programas y servicios financiados por el DYCD a los cuales puede solicitar el ingreso, y
- divulgar información sobre su solicitud a programas del DYCD cada vez que solicite el ingreso.

**Lo que divulgamos:** Solo divulgamos información que demuestre que reúne los requisitos o que lo ayude a inscribirse en programas financiados por el DYCD.

**Quién tiene acceso a su información y cómo la protegemos**

Solo personal autorizado del DYCD y de los programas tienen acceso a la información. No la compartimos con nadie más excepto para:

- determinar si reúne los requisitos para los servicios;
- inscribirlo en programas y servicios; y
- llevar un registro de los servicios que se le proporcionan.

**Por favor, lea más abajo, marque una casilla y complete el resto.**

Entiendo por qué el DYCD necesita mi autorización para:

- enviarme información sobre los programas y servicios a los cuales puedo solicitar el ingreso,
- referirme a programas financiados por el DYCD, o
- divulgar información de la solicitud a programas del DYCD con los programas a los que solicito el ingreso.

Sí, cuentan con mi autorización

No cuentan con mi autorización

Nombre completo del aspirante: _____
Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): _____
Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

**Autorización del padre o tutor para recopilar y divulgar información del estudiante**

El Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (*Department of Youth & Community Development, DYCD*) financia este programa como parte de su misión de ayudarlo para que su hijo alcance su máximo potencial. La mayoría de estos programas son administrados por organizaciones comunitarias. Trabajamos para garantizar que los servicios que usted y su hijo reciben sean de la mejor calidad. El DYCD necesita su autorización para que podamos recopilar la información que necesitamos sobre su hijo, su participación y la calidad de los servicios proporcionados.

**¿Qué información de los expedientes estudiantiles de su hijo solicita el DYCD?**

Estamos solicitando su autorización para que el Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York divulgue al DYCD información de identificación personal del expediente estudiantil de su hijo. La información que nos gustaría recopilar consiste en información biográfica y de inscripción; específicamente, el nombre de su hijo, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación estudiantil, las escuelas a las que asistió o se transfirió, dadas de baja e información sobre la graduación de su hijo (incluyendo el número de días que asistió a clases y faltas de asistencia); e información sobre el desempeño académico (incluyendo los resultados de su hijo en los exámenes estatales y nacionales, créditos acumulados, calificaciones, si aprobó o reprobó un grado y puntaje en el programa de acondicionamiento físico).

**Solicitamos recopilar la información mencionada anteriormente sobre su hijo, tanto pasada como presente y futura (es decir, de manera permanente).**

También solicitamos su autorización para que el DYCD le divulgue al personal del DOE la información suya o de su hijo recopilada en el formulario de inscripción. Esta información incluye información sobre la inscripción, los intereses y retos del estudiante, el tipo de programa en que está inscrito y la frecuencia de participación. Esta información será usada para ayudar a la escuela y la organización comunitaria a trabajar juntos para satisfacer las necesidades de su hijo.

**Selecciones “Sí” o “No” para cada una de las siguientes afirmaciones:**

Entiendo por qué el DYCD solicita mi autorización para acceder a la información del expediente estudiantil de mi hijo que se indica más arriba,

y autorizo al DOE a divulgar dicha información al DYCD de manera permanente.

Sí, cuentan con mi autorización

No cuentan con mi autorización

Entiendo por qué el DYCD solicita mi autorización para divulgarle al personal del DOE la información que el DYCD recopila sobre mi hijo y autorizo al DYCD a divulgar información al DOE de manera permanente.

Sí, cuentan con mi autorización

No cuentan con mi autorización

Nombre completo del aspirante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Permiso para participar**

La información que figura más arriba es correcta según mi conocimiento. Estoy de acuerdo con que sea verificada, y entiendo que la falsificación de datos podría ser motivo para rescindir los servicios. La información puede ser utilizada por la Ciudad de Nueva York para mejorar los servicios y el acceso a ellos, y obtener financiamiento adicional.

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre o tutor: \_\_\_\_\_