

Cornerstone

Afterschool Application

Valid September 14, 2015 - June 17, 2016

Aplicación para el Programa Despues de la Escuela

Valida 14 de Septiembre 2015 hasta el 17 de Junio 2016

Name: _____

SITE: _____

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

NYC
Department of
Youth & Community
Development

Cornerstone

FOR OFFICE USE ONLY
SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

DATE: _____ ACCEPTED BY: _____ DYCD #: _____

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org





Department of
Youth & Community
Development

WELCOME!

DYCD OVERVIEW

The Department of Youth and Community Development (DYCD) is a New York City agency that funds programs for youth and families. These programs are operated by community-based organizations (CBOs). DYCD thanks you for enrolling yourself or your child in this program.

ENROLLMENT PACKET OVERVIEW

Please answer all the questions below to help us provide quality services. Those marked with an asterisk (*) are optional. If there is a question that you do not understand, please seek help. You can speak with a worker at the CBO that operates the program or call 311 and request the DYCD Youth Hotline. DYCD also has a website www.nyc.gov/dycd and can be followed on Facebook and Twitter for additional information on DYCD services.

This enrollment packet will allow you or your child to be enrolled in this program. The information captured through this form will help the program plan to provide a safe and healthy environment, and provide appropriate services. Enrollment packet sections:

- Welcome and Packet Overview (this page)
- Signatures (page 5)
- Participant Background (pages 2, 3)
- Parent Consent Form (page 6)
- Participant Health and Safety (pages 3, 4)
- Consent for photo/videotaping (7)
- Other _____

Summer Camp (attachments)

- CACFP Income Eligibility form
- Participant medical (Stamped by Physician)

PROGRAM OVERVIEW

Cornerstone Community Centers

Cornerstone Community Centers provide engaging activities for young people and adults designed to help participants acquire the academic foundation and interpersonal skills needed to graduate from high school, succeed in their chosen career, and give back to the community. Cornerstone Community Centers focus on high-quality programming delivered by community-based organizations and are located in the New York City Housing Authority residential developments. Typical youth activities include: academics, community engagement, the Arts and healthy living. For more information, go to:

http://www.nyc.gov/html/dycd/html/afterschool/cornerstone_program.shtml

This program is operated by Provider/Cornerstone: _____

Description of the Community-Based Organization

Name, short description, and contact information

CORNERSTONE PROGRAM

Please save this page for your records and future reference.

¡BIENVENIDOS!

VISIÓN GENERAL DE DYCD

El Departamento de los Jóvenes y el Desarrollo Comunitario (DYCD, por sus siglas en inglés) es una agencia que financia programas para los jóvenes y las familias. Estos programas son operados por organizaciones de base comunitaria (CBO, por sus siglas en inglés). DYCD le da las gracias por su inscripción o la de su hijo o hija en este programa.

PANORAMA DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Por favor responda todas las preguntas que se le presentan más adelante en este documento para ayudarnos a proporcionar servicios de calidad. Aquellas que están marcadas con un asterisco (*) son opcionales. Si hay una pregunta que usted no entienda, por favor pida ayuda. Puede hablar con uno de los trabajadores de CBO que operan el programa o llamar al 311 y pedir la línea directa de DYCD Youth (Departamento de Jóvenes). DYCD también tiene un sitio web www.nyc.gov/dycd y lo puede seguir en Facebook y Twitter para información adicional acerca de los servicios de DYCD.

Este paquete de inscripción le permitirá a usted o a su hijo o hija inscribirse en este programa. La información obtenida en este formulario le ayudará al programa a proporcionar un ambiente seguro y saludable, y a proporcionar los servicios apropiados. Secciones del paquete de inscripción:

- Bienvenida y panorama del paquete (esta página)
- Antecedentes del participante (páginas 2, 3)
- Salud y seguridad de los participantes (páginas 3, 4)
- Firmas (páginas 5, 6)
- Formulario de autorización de los padres
- Otros _____

PANORAMA DEL PROGRAMA

Centros Comunitarios Cornerstone

Los Centros Comunitarios Cornerstone proporcionan actividades cautivantes para la gente joven y para los adultos; están diseñados para ayudar a los participantes a adquirir los fundamentos académicos y las habilidades interpersonales que necesitan para graduarse de la preparatoria, tener éxito en la carrera que escojan y contribuir a la comunidad. Los Centros Comunitarios Cornerstone se enfocan en ofrecer una programación de alta calidad a cargo de organizaciones de base comunitaria localizadas en urbanizaciones de la Autoridad de Desarrollo Inmobiliario (Housing Authority) de la Ciudad de Nueva York. Las actividades típicas para los jóvenes incluyen: actividades académicas, participación comunitaria, las Artes y la vida saludable. Para mayor información, vaya a:

http://www.nyc.gov/html/dycd/html/afterschool/cornerstone_program.shtml

Este programa es dirigido por:

Descripción de la organización de base comunitaria
Nombre, breve descripción e información de contacto

PROGRAMA CORNERSTONE

Por favor guarde esta página para sus archivos y futura referencia.

0 PARTICIPANT BACKGROUND

Name of the person completing this form:

Phone number:

Phone number (2):

Questions marked with * are optional.

participant contact information

Date

Program
Year

Last Name

First Name

Home
Address

Apartment
Number

City

State

Zip Code

Borough

Home
Phone

Cell Phone

Email

*SSN

demographics

Gender Female Male No Response

*Proof of ID Birth Certificate
 Passport
 Driver's License
 Non-Driver State ID
 Other

Date of
Birth

Ethnicity Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino
 No Response

Race American Indian or Alaskan Native Asian Black/African American
 Native Hawaiian/Pacific Islander White Other No Response

Country
of Origin

Primary
Language

English
Proficient Yes No

Additional
Language(s)

student or employment status

Student
Status Is the participant a student: Yes No

If yes: Full-time Part-time

School
Type Public Charter Private Other

Student ID /
OSIS #

School
Name

School
Address

Teacher/
Advisor

Current
Grade Level

If you are NOT a student, please provide
the last school grade level completed:

Grade K-11; please list your last grade: _____
 HS Graduate HS Equivalency Some College
 College Degree

If you are NOT a student, are you:

Unemployed for _____ weeks
 Employed Full-time Employed Part-time

other

Please list anyone else in your household
who is participating in this program.
Provide first and last names.

CORNERSTONE PROGRAM

ANTECEDENTES DEL PARTICIPANTE



Department of
Youth & Community
Development

Nombre de la persona que completa este formulario:	¿Quién se está inscribiendo en este programa? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi hijo/hija <i>Para registrarse, usted debe tener al menos 18 años.</i>
Teléfono:	Teléfono (2):

Información de contacto del participante

Fecha	Año del programa
Apellido	Nombre
Dirección del hogar	Número de apartamento
Ciudad	Estado
Código postal	Distrito
Teléfono del hogar	Teléfono celular
Correo electrónico	Número de seguro social

Información demográfica

Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No responde	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Identificación estatal (no es licencia de conducir) <input type="checkbox"/> Otros
Fecha de nacimiento	*Prueba de identidad	
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> No responde	
Raza	<input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / de la Polinesia <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No responde	

Condición académica o laboral

País de origen	Primer idioma
Dominio del inglés <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma(s) adicional(es)
Estudio ¿Estudia el participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "S": <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
Tipo de escuela <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Particular subvencionada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra	N.º de Identificación / OSIS de la escuela dirección
Escuela nombre	Grado actual:
Maestro / asesor	
Si usted NO es un estudiante, por favor escriba el último grado que completó:	<input type="checkbox"/> Grado K-11; por favor escriba su grado: _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Equivalencia de preparatoria <input type="checkbox"/> Estudios parciales en la universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad
Si usted NO es un estudiante, usted es:	<input type="checkbox"/> Desempleado por _____ semanas <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial

Por favor escriba el nombre de cualquier persona en su hogar que participe de este programa. Proporcione nombres y apellidos.

PROGRAMA CORNERSTONE

1 PARTICIPANT BACKGROUND

Section 1. Participant Background (continued) Questions marked with * are optional.

other family and household information	The participant lives in housing that is: <i>(Check all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Rental Apt <input type="checkbox"/> Family Owned <input type="checkbox"/> NYCHA Housing Apt Development OR The participant is: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Other:		
	Is or has the participant ever been in foster care:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Has the participant been enrolled in programs operated by the Administration for Children's Services (ACS)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Is the participant or any member of the household (0-64 years old) covered by Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus, or private health insurance?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	If you answered no to the previous question, would you like to be contacted by someone for assistance with health insurance?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Number of individuals in your household:		
	* Is the participant or any member of your household receiving public assistance?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	* Is the participant or any member of your household receiving food stamps?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	* Gross Yearly Household Income:	\$ _____	
	The participant lives in a household that is headed by:	<input type="checkbox"/> Self, Single, no children	<input type="checkbox"/> Single Female Parent <input type="checkbox"/> Single Male Parent
* Sources of household income:			
<input type="checkbox"/> Employment	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Unemployment Insurance
<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> General Assistance	<input type="checkbox"/> Other _____

2 PARTICIPANT SAFETY

EMERGENCY CONTACTS. If there is an emergency, please contact the following individuals:

NAME			Relationship to Participant:
Pick Up	<input type="checkbox"/> This person may pick up my child.	Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:	
Address			<input type="checkbox"/> Home _____
Apartment			<input type="checkbox"/> Cell _____
City, State			<input type="checkbox"/> Work _____
Zip Code			<input type="checkbox"/> Email _____
			Contact
NAME			Relationship to Participant:
Pick Up	<input type="checkbox"/> This person may pick up my child.	Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:	
Address			<input type="checkbox"/> Home _____
Apartment			<input type="checkbox"/> Cell _____
City, State			<input type="checkbox"/> Work _____
Zip Code			<input type="checkbox"/> Email _____
			Contact

CORNERSTONE PROGRAM

1. ANTECEDENTES DEL PARTICIPANTE

Sección 1. Antecedentes del participante (continuación)

Otra información de la familia y el hogar	El participante vive en un hogar que es: <i>(Marque todas las que apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Vivienda familiar propia <input type="checkbox"/> Vivienda NYCHA <input type="checkbox"/> _____ Development O el participante: <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____
	¿Está o ha estado alguna vez el participante en acogida temporal (foster care)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Ha estado inscrito el participante en programas dirigidos por la Administración de Servicios para Menores (ACS, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Está el participante o cualquier miembro de su hogar (de 0 a 64 años de edad) cubierto por Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o algún seguro médico privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si su respuesta a la pregunta anterior fue "no", ¿le gustaría ser contactado por alguien que le brinde ayuda con un seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Número de individuos que viven en su hogar: _____
	* ¿Recibe el participante o algún miembro de su hogar asistencia pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	* ¿Recibe el participante o algún miembro de su hogar cupones para comida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	* Ingresos brutos por año en su hogar: _____ \$
	El participante vive en un hogar que está liderado por: <input type="checkbox"/> Sí mismo, soltero, sin hijos <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Padre y madre (dos padres) <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin hijos
* Fuentes del ingreso familiar: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Asistencia general <input type="checkbox"/> Otro _____	

2. SEGURIDAD DEL PARTICIPANTE

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Si hay una emergencia, por favor contacte a los siguientes individuos:

NOMBRE _____	Relación con el participante: _____
Recoger <input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger a mi hijo.	Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia:
Dirección _____	<input type="checkbox"/> Hogar _____
Apto. _____	<input type="checkbox"/> Celular _____
Ciudad, Estado _____	<input type="checkbox"/> Trabajo _____
Cód. postal _____	<input type="checkbox"/> Correo electrónico _____

NOMBRE _____	Relación con el participante: _____
Recoger <input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger a mi hijo.	Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia:
Dirección _____	<input type="checkbox"/> Hogar _____
Apto. _____	<input type="checkbox"/> Celular _____
Ciudad, Estado _____	<input type="checkbox"/> Trabajo _____
Cód. postal _____	<input type="checkbox"/> Correo electrónico _____

2 PARTICIPANT SAFETY



Department of
Youth & Community
Development

Section 2. Participant Safety (continued)

PARTICIPANT HEALTH INFORMATION.

Please check any of the following that pertain to the participant. Many needs or health challenges can be accommodated and may not limit enrollment in the program.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies to food | <input type="checkbox"/> Behavioral/Emotional Issues | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesity |
| <input type="checkbox"/> Allergies to medications | <input type="checkbox"/> Convulsions/Seizures | <input type="checkbox"/> Medication | <input type="checkbox"/> Physical Disabilities |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Congestive Illness (e.g., heart murmur/disease, blood pressure) | <input type="checkbox"/> Corrective Devices (e.g., crutches, hearing aid, eye glasses) | <input type="checkbox"/> Pregnancy |

If you have checked any of the above OR there are other important health needs that may affect participation in the program, including activities that the participant MAY NOT do, please provide details:

Consent for Emergency Medical Treatment

I give authority to the Program Agency's staff to obtain necessary emergency medical treatment for my child with the understanding that the family will be notified as soon as possible. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided.

Yes, I give my permission No, I do not give my permission

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

This section is only for parents enrolling their children.

PICK UP/DISMISSAL INFORMATION.

My child has permission to walk home alone at dismissal. Yes No

My child MAY NOT be picked up by: _____

The following individuals are authorized to pick up my child:

NAME	Relationship to Participant
Write down all phone numbers and circle the best number to call in case of an emergency:	
Phone	<input type="checkbox"/> Home _____ <input type="checkbox"/> Cell _____ <input type="checkbox"/> Work _____ <input type="checkbox"/> Other _____
Email Address: _____	

NAME	Relationship to Participant
Write down all phone numbers and circle the best number to call in case of an emergency:	
Phone	<input type="checkbox"/> Home _____ <input type="checkbox"/> Cell _____ <input type="checkbox"/> Work _____ <input type="checkbox"/> Other _____
Email Address: _____	

CORNERSTONE PROGRAM

2 SEGURIDAD DEL PARTICIPANTE



Department of
Youth & Community
Development

Sección 2. Seguridad del participante (continuación)

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PARTICIPANTE

Por favor marque cada una de las opciones que aplican al participante. Muchas de las necesidades o desafíos de salud pueden ser atendidos y pueden no limitar la inscripción al programa.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias a la comida | <input type="checkbox"/> Asuntos de conducta/emocionales | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Alergias a los medicamentos | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques | <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades congestivas (p.ej., soplo/enfermedad del corazón, presión arterial) | <input type="checkbox"/> Aparatos correctivos (p.ej., muletas, aparatos auditivos, anteojos) | <input type="checkbox"/> Embarazo |

Si usted ha marcado una de las opciones anteriores O hay otras necesidades importantes con relación a su salud que puedan afectar su participación en el programa, incluyendo actividades que el participante NO PUEDE hacer, por favor proporcione detalles:

Esta sección es solo para los padres que inscriben a sus hijos.

INFORMACIÓN DE QUIÉN RECOGE AL MENOR A LA SALIDA

Mi hijo tiene permiso para caminar a nuestra casa a la hora de salida. Sí No

Mi hijo/hija NO DEBE ser recogido por: _____

Los siguientes individuos están autorizados para recoger a mí hijo/hija:

NOMBRE	Relación con el participante:
Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia:	
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Correo electrónico:	

NOMBRE	Relación con el participante:
Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia:	
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Correo electrónico:	

PROGRAMA CORNERSTONE

2 PARTICIPANT SAFETY



Department of
Youth & Community
Development

PARTICIPANT INTERESTS.

Interests/Activities	<input checked="" type="checkbox"/> Likes/Strengths	<input type="checkbox"/> Dislikes/Challenges
Reading		
Math		
Media (digital art, photography, videography)		
Writing(poetry, short fiction, journaling)		
Art (painting, drawing, sculpturing)		
Performance (music, dance, drama)		
Science Technology Engineering Math/STEM		
Sports (team, individual)		
Video Games		
Board Games		
Cooking & Nutrition		
Gardening		

How we can be helpful to you/your child? Are there are other services or activities that would be interesting and or helpful to you/your child? _____

Does your child have an Individualized Education Plan and/or Special Needs? Yes No

Please use the space below or on the back of the page to provide details or list goals you would like to share with us.

OTHER SERVICES.

*Please check any other DYCD services you or your family might be interested in learning more about? .

- Education/Literacy/High School Equivalency
- Adolescent Literacy
- Fatherhood Services
- Workshops/Fairs (College Prep, Financial Planning, Parenting, etc.)
- Housing Assistance
- Immigrant Services
- LGBTQ Support Services
- Runaway and Homeless Youth
- Senior Services
- Summer Youth Employment
- Young Adult Internships

SIGNATURES:

To the best of my knowledge the information above is true. I agree to its verification and understand that falsification may be grounds for termination of service. Information provided may be used by the City of New York to improve City services or to access additional funding.

I have completed this application for my child.

Parent/Guardian: _____ (Print) _____ (Sign) _____ (Date)

Intake Specialist/Staff: _____ Date: _____

CORNERSTONE PROGRAM

Adult Enrolliemente



Department of
Youth & Community
Development

INTERESES DEL PARTICIPANTE

Intereses/actividades	<input checked="" type="checkbox"/> Le gusta/fortalezas	<input type="checkbox"/> No le gusta/desafíos
Lectura		
Matemática		
Medios de comunicación (arte digital, fotografía, videografía)		
Escritura (poesía, cuento, periodismo)		
Arte (pintura, dibujo, escultura)		
Representación (música, danza, drama)		
Ciencia Tecnología Ingeniería Matemática /STEM, siglas en inglés		
Deportes (de equipo, individuales)		
Videojuegos		
Juegos de mesa		
Cocina y nutrición		
Jardinería		

¿Cómo le podemos ser útiles a usted o a su hijo/hija? ¿Hay otros servicios o actividades que serían interesantes o útiles para usted o su hijo/hija? _____

¿Tiene su hijo/hija un plan educativo personalizado (IEP) y/o necesidades especiales? Sí No

Por favor use el espacio de abajo o al reverso de la página para proveer detalles o comunicar las metas que a usted le gustaría compartir con nosotros.

OTROS SERVICIOS

*Por favor señale otros servicios de DYCD sobre los cuales usted o su familia deseen saber más.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación/Alfabetización/
Equivalencia de la preparatoria | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda | <input type="checkbox"/> Servicios para los adultos
mayores |
| <input type="checkbox"/> Alfabetización para adolescentes | <input type="checkbox"/> Servicios para los inmigrantes | <input type="checkbox"/> Empleo de verano para los
jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Servicios de paternidad | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo para la
comunidad LGBTQ | <input type="checkbox"/> Pasantías para los adultos
jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Talleres/ferias (preparación para la universidad,
planeación financiera, crianza, etc.) | <input type="checkbox"/> Jóvenes huídos de casa y sin hogar | |

FIRMAS

Según mi leal saber y entender, toda la información anteriormente proporcionada es veraz y correcta. Estoy de acuerdo con su verificación y entiendo que la falsificación puede ser la base para una terminación del servicio. La información proporcionada puede ser usada por la Ciudad de Nueva York para mejorar sus servicios o para acceder a financiamiento adicional.

He completado esta solicitud para mi hijo/hija.

Padre o madre/tutor legal: _____
(Nombre) (Firma) (Fecha)

He completado esta solicitud para mí mismo.

Solicitante: (18 años o más) _____
(Nombre) (Firma) (Fecha)

Organización: _____

Especialista/personal de inscripciones: _____ Fecha: _____

PROGRAMA CORNERSTONE



ADULT ENROLLMENT (18 YEARS AND OLDER)

Last Name	First Name
Home Address	Apartment Number
City	State
Zip Code	Borough
Home Phone	Cell Phone
High School Attending	
Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> No Response	Date of Birth
Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> No Response	
Race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> No Response	
Country of Origin	Primary Language

EMERGENCY CONTACTS. If there is an emergency, please contact the following individuals:

NAME	Relationship to Participant:
Address	Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:
Apartment	<input type="checkbox"/> Home _____
City, State	Contact <input type="checkbox"/> Cell _____
Zip Code	<input type="checkbox"/> Work _____
NAME	Relationship to Participant:
Address	Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:
Apartment	<input type="checkbox"/> Home _____
City, State	Contact <input type="checkbox"/> Cell _____
Zip Code	<input type="checkbox"/> Work _____

Please share any allergies or health issues we should be aware of in case of emergency: _____

Please indicate housing: (Check all that apply) Rental Apt. Family Owned NYCHA housing Apt. Development OR the participant is: Homeless Other: _____

I, the undersigned, certify that all information on this form is true and correct. I understand that my statements are subject to verification. I accept and agree to abide by all applicable rules and regulations of the program.

Applicant Signature _____ Date _____

Intake Officer Signature _____ Date _____

CORNERSTONE PROGRAM

Adult Enrollment



Department of
Youth & Community
Development

Apellido	Nombre
Dirección del hogar	Numero de apartamento
Ciudad	Estado
Código postal	Distrito
Teléfono del hogar	Teléfono celular
Escuela Atendían	
Sexo <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> No Response	Fecha de nacimiento
Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> No responde	
Raza <input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /de la Polinesia <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No responde	
País de origen	Primer idioma

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Si hay una emergencia, por favor contacte a los siguientes individuos:

NAME	Relación con el participante:
Dirección del hogar	Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____
Numero de apartamento	
City, State	
Código postal	
Contacto	

Por favor comparta cualquier alergia o problemas de salud debemos ser conscientes de en caso de emergencia:

El abajo firmante, certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis afirmaciones están sujetos a verificación. Acepto y acatar todas las normas aplicables y reglamentos del programa.

Solicitante _____

Fecha _____

Especialista/Personal de inscripciones _____

Fecha _____

PROGRAMA CORNERSTONE

PARENT AND/OR GUARDIAN CONSENT FORM

The Department of Youth and Community Development (DYCD) provides funding for this program as part of its mission to help you assist your child reach his or her full potential. Many of our programs are run by community based organizations. We work to make sure the services you and your children receive are of the highest quality. DYCD is requesting your permission to allow us to collect information we need on your child, their participation and the quality of the services provided.

Consent to Collect and Share Student Information

What information from your child's student records is DYCD requesting?

We are requesting your permission for the NYC Department of Education (DOE) to share personally identifying information from your child's student records with DYCD. The information we would like to collect consists of biographical and enrollment information (specifically consisting of your child's name, address, date of birth, student-identification number, grade, school(s) attended and transfer, discharge, and graduation data about your child); data concerning your child's school attendance (including number of days attended and absences); and academic performance data (including your child's results on state and national exams, credits earned, grades, promotion and retention status, and fitness gram score); and data related to any disciplinary actions taken against your child (including number and type of suspensions).

We are requesting to collect the information listed above about your child on a past, present and future (i.e., ongoing) basis. We are also requesting your permission for DYCD to share information we collect on the enrollment form from you and/or your child with DOE staff. The information includes registration information, student's interests and challenges, type of program enrolled in and frequency of participation. This information will be used to help the school and community organization work together to meet you and your child's need.

Who will see my child's information and how will it be safeguarded?

The only people who will see your child's individual information are DYCD and DOE staff who manage the data systems and prepare research reports and program analyses. The limited number of DYCD staff identified to receive personal information is screened, provided extensive training to follow strict guidelines on protecting the confidentiality of information that would personally identify you or your child. Personally identifiable information collected from student records will only be shared electronically between DOE and DYCD and will be secured and protected in the DYCD data base. Personally identifiable information will not be shared with any community based organizations or their staff members.

We will not use your name or your child's name in any published report. While we request your consent, your responses to the below requests will not affect your child's participation in DYCD sponsored programs.

Please check Yes or No to each of the following statements:

- I understand why DYCD is asking my permission to access the information listed above from my child's student records, and I give permission to DOE to share that information with DYCD on an ongoing basis.
 Yes, I give my permission No, I do not give my permission

- I understand why DYCD is asking my permission to share information about my child collected by DYCD with DOE staff and I give my permission to DYCD to share information with DOE on an ongoing basis.
 Yes, I give my permission No, I do not give my permission

Student/Applicant Name: _____ Date: _____
 PRINT Parent/Guardian Name: _____ Date: _____
 Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

CORNERSTONE PROGRAM



Autorización del padre o la madre o del tutor legal

El Departamento para el Desarrollo Comunitario y de los Jóvenes (DYCD, por sus siglas en inglés) proporciona financiación para este programa como parte de su misión para ayudarlo a usted a que ayude a su hijo o hija a alcanzar su máximo potencial. Muchos de nuestros programas son manejados por organizaciones radicadas en las comunidades. Trabajamos para asegurarnos de que los servicios que usted y su hijo o hija reciben son de la más alta calidad. Por medio del presente documento, DYCD pide su permiso para permitirnos a nosotros obtener información sobre su hijo o hija, su participación, y la calidad de los servicios proporcionados.

Autorización para recolectar y compartir información del estudiante

¿Qué información acerca del expediente educativo de su hijo o hija está solicitando DYCD? Estamos solicitando su permiso para que el Departamento de Educación de NYC (DOE, por sus siglas en inglés) comparta información personalmente identificable de los expedientes educativos de su hijo o hija con DYCD. La información con la que nos gustaría contar consiste en información biográfica y de inscripción (específicamente: el nombre de su hijo o hija, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación de estudiante, grado en el que se encuentra, escuela o escuelas a las que ha asistido e información sobre transferencias, altas y graduación de su hijo o hija); información concerniente a la asistencia de su hijo o hija a la escuela (incluyendo el número de días que asistió y las ausencias); e información sobre su desempeño académico (incluyendo los resultados de su hijo o hija en exámenes estatales y nacionales, créditos obtenidos, calificaciones, estado de promociones y retenciones, y el resultado de su examen de evaluación física); por último, información relacionada con cualesquiera acciones disciplinarias tomadas en contra de su hijo o hija (incluyendo el número y el tipo de suspensiones).

Solicitamos recolectar la información descrita arriba acerca de su hijo o hija en lo que se refiere al pasado, presente y futuro (esto es, en curso).

Asimismo, solicitamos su permiso para que DYCD comparta la información que recolectemos en el formulario de inscripción de usted y/o de su hijo o hija con el personal de DOE. La información incluye información de registro, intereses y desafíos del estudiante, tipo de programa en el que se inscribe y frecuencia de la participación. Esta información será usada para ayudar a que la escuela y la organización comunitaria trabajen de manera conjunta en la satisfacción de sus necesidades y las de su hijo o hija.

¿Quién verá la información acerca de mi hijo o hija y cómo será protegida?

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo o hija serán el personal de DYCD y DOE que maneja los sistemas de información y prepara los informes de investigación y los análisis del programa. Al número limitado de personal identificado de DYCD que recibe la

información personal, se les revisa y se les proporciona amplia capacitación de modo que sigan las estrictas directrices de protección de confidencialidad de la información que lo/la identificaría personalmente a usted o a su hijo o hija. La información personalmente identificable que se obtenga de los expedientes educativos de los estudiantes sólo será compartida electrónicamente entre DOE y DYCD, y será asegurada y protegida en la base de datos de DYCD. La información personalmente identificable no será compartida con ninguna organización comunitaria ni con su personal.

No usaremos su nombre ni el de su hijo o hija en ningún informe publicado. En tanto solicitamos su autorización, sus respuestas a las solicitudes planteadas a continuación no afectarán la participación de su hijo o hija en los programas patrocinados por DYCD.

Por favor marque Sí o No a cada una de las siguientes declaraciones:

- Entiendo por qué DYCD está pidiendo mi permiso para tener acceso a la información descrita en la parte de arriba de este documento acerca de los expedientes educativos de mi hijo o hija, y le doy permiso a DOE para compartir esa información con DYCD de manera regular y continua.
 Sí, doy mi permiso No, no doy mi permiso
- Entiendo por qué DYCD está pidiendo mi permiso para compartir la información recolectada por ellos acerca de mi hijo o hija con el personal de DOE, y le doy mi permiso a DYCD para compartir esa información con DOE de manera regular y continua.
 Sí, doy mi permiso No, no doy mi permiso

Nombre del estudiante/solicitante: _____
 Nombre del padre o la madre o del tutor legal: _____
 Firma del padre o la madre o del tutor legal: _____ Fecha: _____
 Nombre del padre adicional o del tutor legal: _____
 Firma del padre adicional o del tutor legal: (opcional) _____

CONSENT FOR PHOTO/VIDEOTAPING AND USE OF YOUTH WORK

Please be aware that sometimes, staff, photographers, newspapers, television reporters, media representatives and public relations personnel may be present during program activities and special events, both in-school and away from school. In some cases, they may photograph, interview or otherwise record children and/or adult caregivers who participate in these events. The resulting images, videos and interviews may be used for non-profit, non-commercial purposes of the program to promote the programs in printed and electronic media published by our agency, such as brochures, books, print and email newsletter, DVDs and videos, websites and blogs. These images may also be used by DYCD and/or any DYCD designee including, but not limited to the New York State Department of State in its publications.

- I understand my child and/or myself may be photographed, interviewed or otherwise recorded during program activities and special events and give permission for my child and/or myself to be photographed, interviewed or otherwise recorded and the resulting images and text may be used by DYCD and/or any DYCD designee including, but not limited to, the New York State Department of State, in any medium, whether now or hereafter known and developed.

Yes, I give my permission No, you do not have permission

- I understand that my child’s work may be used in materials that promote programs, solely for non-profit, non-commercial purposes of the program.

Yes, I give my permission No, you do not have permission

Consent for Emergency Medical Treatment

I give authority to the Program Agency’s staff to obtain necessary emergency medical treatment for my child with the understanding that the family will be notified as soon as possible. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided.

Yes, I give permission No, I do not give permission

Consent Statement

I the undersigned, certify that I have reviewed all the above consent statements and indicated my wishes. I understand that consent is voluntary and I can withdraw it in writing at any time.

 Student/Applicant Name

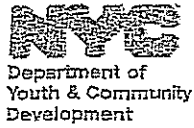
 DYCD Cornerstone Program

 Parent/Guardian Name

 Parent/Guardian Signature

 Date

CORNERSTONE PROGRAM



Autorización para fotografía/videograbación y uso del trabajo con los jóvenes

Por favor tenga en cuenta que, a veces, nuestro personal, fotógrafos, periódicos, reporteros de televisión, representantes de los medios y personal de relaciones públicas pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales, tanto en la escuela como fuera de ella. En algunos casos, pueden fotografiar, entrevistar o grabar a los niños e acompañantes que participan de estos eventos. Las imágenes resultantes, los videos o las entrevistas pueden ser usadas únicamente sin fines de lucro por parte del programa para promover los programas en medios impresos y electrónicos de nuestra agencia, tales como folletos, libros, boletines informativos impresos y por correo electrónico, DVD y videos, sitios web y blogs. Estas imágenes también pueden ser usadas por DYCD para sus publicaciones con fines educativos sin fines de lucro. Estas imágenes también pueden ser usadas por organizaciones asignadas por DYCD, incluyendo pero no limitada a New York State Department of State.

- Entiendo que mi hijo o hija y/o yo podemos ser fotografiado, entrevistado o grabado durante las actividades programadas y los eventos especiales y doy permiso para que mi hijo o hija y/o yo sea fotografiado, entrevistado o grabado únicamente para los propósitos no comerciales y sin fines de lucro del programa. Estas imágenes también pueden ser usadas por DYCD para sus publicaciones con fines educativos sin fines de lucro. Estas imágenes también pueden ser usadas por organizaciones asignadas por DYCD, incluyendo pero no limitada a New York State Department of State.

Sí, doy mi permiso

No, ustedes no tienen mi permiso

- Entiendo que el trabajo de mi hijo o hija puede ser usado en materiales que promocionan programas, únicamente para los propósitos no comerciales y sin fines de lucro del programa.

Sí, doy mi permiso

No, ustedes no tienen mi permiso

Autorización para tratamiento médico de emergencia

Concedo autoridad al personal de la Agencia del Programa para obtener el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo o hija con el entendimiento que la familia será notificada tan pronto como sea posible. Entiendo que se llevarán a cabo todos los esfuerzos para contactarme antes y después de que se proporcione la atención médica.

Sí, doy mi permiso

No, no doy mi permiso

Declaración de autorización

Yo, el abajo firmante, certifico que he revisado todas las declaraciones de autorización de este documento y he indicado mis preferencias. Entiendo que la autorización es voluntaria y que puedo retirarla en cualquier momento por escrito.

Nombre del estudiante/aplicante

Firma del estudiante (*Si tiene o es mayor de 18 años*)

Nombre del padre o la madre o del tutor legal

Firma del padre o la madre o del tutor legal

Nombre del padre adicional o del tutor legal
Fecha _____

Firma del padre adicional o del tutor legal



Rules and Regulations

The management at this community center strives to provide a safe and communal experience for all its participants. With that in mind, participants must abide by the following guidelines:

1. Participants must submit a completed application with proof of residence (BEACON only) prior to participating.
2. All participants are required to enter and exit the facility through the designated doors.
3. Participants must sign-in daily and must sign out as well. Participants may only sign-in for the current day.
4. Participants must wear appropriate clothing and shoes. All hats (except those used for religious purposes) must be removed upon entering.
5. Students must refrain from inappropriate interactions.
6. Children receiving childcare must be 5 years old or older.
7. Foul language and fighting is strictly prohibited. Individuals caught fighting may have their privileges revoked.
8. Eating is only allowed in designated areas and times. No candy, gum, or seeds.
9. Littering is not permitted in or around the center. All garbage and recyclables must be placed in their proper containers. Vandalism is strictly prohibited.
10. Participants are encouraged to leave all electronic devices and valuables at home. We are not responsible for lost or stolen items.
11. No weapons of any sort are permitted.
12. No alcohol, cigarettes, or controlled substances are permitted on or around the premises.
13. Theft is subject to criminal prosecution and revocation of community center privileges.
14. All fitness and game equipment, such as mats, weights, and controllers, must be used with care.
15. Videotaping and/ or recording of participants activities is not permitted.

I understand the Community Center Rules and Regulations and I acknowledge that failure to obey these rules may termination from the community center.

Print Name: _____

Participant's Signature: _____ Date: _____



Reglas y Regulaciones

La administración en este centro comunitario intenta proveer una experiencia segura y comunitaria para todos los participantes. Con esto en mente, los participantes deben acatar las siguientes reglas:

1. Cada aspirante debe completar una aplicación con prueba de dirección antes de participar en alguna actividad.
2. Todos los participantes deben entrar y salir por las puertas designadas.
3. Los participantes deben registrarse diariamente y no pueden salir sin firmar otra vez. Solo se puede firmar por el día actual.
4. Los estudiantes deben llevar ropa y zapatos apropiados. Toda clase de gorros (salvo aquellos con fines religiosos) deben ser quitados antes de entrar al centro comunitario.
5. Los estudiantes deben reñenarse de tocar de maneras inapropiadas.
6. Para el servicio de guardería infantil, los niños deben tener más que 4 años y tener fichada una aplicación completa.
7. El uso de lenguaje soez y pelear esta estrictamente prohibido. Los individuos que peleen pueden ser revocados de sus privilegios.
8. Solo se permite comer en áreas y tiempos designados. No se pueden traer dulces, chicles, ni semillas al centro comunitario.
9. No es permitido ensuciar el centro o sus alrededores. Se debe botar basura y reciclaje en recipientes adecuados.
10. No se puede usar dispositivos electrónicos durante las clases.
11. Armas de fuego, cuchillos, navajas, y otras armas no están permitidos.
12. No somos responsables por artículos perdidos o robados. Recomendamos fuertemente que no se lleven artículos de valor al edificio.
13. No alcohol, cigarrillos, o sustancias controladas están permitidos en el centro o sus alrededores.
14. No se tolera el robo. El robo es sujeto a la persecución penal y a la revocación de privilegios del centro.
15. Se debe usar cuidadosamente todo el equipo de ejercicio, tal como estera, pesas, y dispositivos de juego.
16. Se prohíbe estrictamente el vandalismo.
17. Grabar o filmar actividades y participantes no esta permitido.

Yo entiendo las Reglas y Regulaciones del Centro Comunitario y reconozco que la desobediencia de estas reglas puede resultar en suspensión o terminación del centro comunitario.

Nombre y Apellido en Imprenta: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____