

Arts & Literacy 2017

# Summer Camp

*for children currently in Kindergarten through 5th Grade*

July 5th to August 18th

Monday through Friday  
8 AM- 6 PM

Camp Location:

To be Determined

Drop Off **COMPLETED** Applications

*315 Wyckoff Avenue, 5<sup>th</sup> Floor  
corner of Gates Avenue  
718) 497-6090, Extension 318*

Application Drop Off Times:

Monday – Friday 10 AM – 12 PM

Monday – Thursday 3PM – 6:30PM

Friday 3PM - 5PM

**MANDATORY PARENT ORIENTATION**

If you do not attend orientation , you will lose your summer camp spot!!

Arts & Literacy Afterschool Families priority deadline April 14

Space is Limited!!!

Coalición de Servicios para la Familia Hispana

Programa de las Artes 2017

# Campamento de Verano

*Para niños en Kínder hasta 5to Grado*

**5 de julio – 18 de agosto**

lunes a viernes  
8 AM - 6 PM

Ubicación:

**Sera Determinada**

Solo entregue las aplicaciones COMPLETAS

a

315 Wyckoff Avenue,  
esquina de Gates Avenue, 5to Piso  
(718) 497-6090, Extensión 318

Hora de Entregar las Aplicaciones:

Lunes– Viernes 10 AM – 12 PM

Lunes - Jueves 3 PM – 6:30PM

Viernes 3 PM – 5 PM

Si usted no asiste a la orientación, usted pierde su lugar en campamento de verano !!

**Orientación obligatoria de Padres**

prioridad para la familias del Programa de las Artes 2017 : el 14 de abr

Espacio es Limitado!!!

Coalition for Hispanic Family Services

Please select one (1) time below to drop off and pick up your child daily by placing an "x" in the box of your choice.

My Child, \_\_\_\_\_ will be dropped off/ picked up daily from summer camp at the time chosen below:

Dropped Off:

8:00 am

Or

8:45 am

Picked Up:

4:00 pm

Or

5:30 pm

Parent Name (Printed): \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





**Coalition for Hispanic Family Services  
Arts & Literacy Program**

315 Wyckoff Avenue. 5<sup>th</sup> Floor  
Brooklyn, NY 11237  
Phone: 718-497-6090 ext. 318  
Fax: 718-4970-9495  
(ATTACH TWO 2X2 (PHOTOS))

If your child has been enrolled in the previous year,  
please state if:

- Summer \_\_\_\_\_ yr.
- Fall \_\_\_\_\_ yr.
- Spring \_\_\_\_\_ yr.

Date of Application \_\_\_\_\_.

**2017 SUMMER CAMP APPLICATION**  
**Parent Checklist**

\*Please make sure there are TWO PHOTOS of your child.

\*Please make sure that Everything is filled out and signed Especially the MEDICAL FORM by the DOCTOR!

**\*\*\*Only COMPLETED APPLICATIONS will be accepted!\*\*\***

**Check off**

- Two Photos of Child
- Participant Information
- Pick-up Permission
- Dismissal Permission
- Parent/Guardian Information
- Health Information
- DYCD Emergency Medical Care
- Photo/ Video/ Interview Consent
- Permission Form
- Policies
- Medical Form- Parent and Doctor

\*Please make sure there are TWO PHOTOS of your child.

\*Please make sure that Everything is filled out and signed Especially the MEDICAL FORM by the DOCTOR!

**Coalition for Hispanic Family Services**  
**Arts & Literacy Program**  
315 Wyckoff Avenue, 5<sup>th</sup> Floor  
Brooklyn, NY 11237  
Phone: 718-497-6090 ext. 318  
Fax: 718-497-9495  
(ATTACH TWO 2X2 (PHOTOS))

If your child has been enrolled in the previous year,  
please state if:  
 Summer \_\_\_\_\_ yr.  
 Fall \_\_\_\_\_ yr.  
 Spring \_\_\_\_\_ yr.  
 Date of Application \_\_\_\_\_

**2017 APLICACION PARA EL CAMPAMENTO DE VERANO**  
**Lista de comprobación del padre**

\*Por favor asegúrese de que haya **DOS FOTOS** de su niño.

\*Por favor asegúrese de que la aplicación este completa y firmada **Especialmente**  
**el FORMULARIO MÉDICO** por el **¡DOCTOR!**

***¡Solo aplicaciones completa serán aceptadas! \*\*\****

**Compruebe apagado**

- Dos fotos de niño
- Información del participante
- Permiso de la recogida
- Permiso del despido
- Información del padre/del guarda
- Información de la salud
- Asistencia médica de la emergencia de DYCD
- Consentimiento video de la entrevista de foto
- Forma del permiso
- Reglas
- Padre y doctor médicos de la forma

\*Por favor asegúrese de que haya DOS FOTOS de su niño.

\*Por favor asegúrese de que Todo este completo y se firmado **Especialmente** la  
**FORMA MÉDICA** por el **¡DOCTOR!**



# 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 mandatory. 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](http://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)
- Participant Background (page 2)
- Participant Health and Safety (page 3)
- Signatures (page 4)
- Parent Consent Forms
- Other \_\_\_\_\_

*Please save this page for your records and future reference.*

**BEACON** programs are school-based community centers serving children age 6 and older and adults. There are currently 80 Beacons located throughout the five boroughs of New York City, operating in the afternoons and evenings, on weekends, during school holidays and vacation periods, including summer.

- Elementary School (K-5<sup>th</sup> Grade)
- Middle School (6<sup>th</sup>-8<sup>th</sup> Grade)
- High School (9<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> Grade)
- Adults (18 Years Old and Above)

**COMPASS** programs comprise more than 800 programs serving young people enrolled in grades K-12. Programs are offered at no cost to young people and are strategically located in public and private schools, community centers, religious institutions, public housing, and recreational facilities throughout the City.

- Elementary School (K-5<sup>th</sup> Grade)
- SONYC Middle School (6<sup>th</sup>-8<sup>th</sup> Grade)
- Transition to High School (THS) (9<sup>th</sup> Grade)
- Option II

**CORNERSTONE** programs provide engaging, high-quality, year-round programs for adults and young people. Programs are located at 70 New York City Housing Authority (NYCHA) Community Centers throughout the five boroughs.

- 5-12 Years Old
- 13-15 Years Old
- 16-21 Years Old
- Adult

DYCD PROGRAM



## ¡BIENVENIDO!

### VISIÓN GENERAL DEL DYCD

El Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD por sus siglas en inglés) es una agencia de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. Estos programas son operados por organizaciones comunitarias (CBO por sus siglas en inglés). El DYCD le agradece por inscribirse o inscribir a su hijo(a) en este programa.

### PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle un servicio de calidad. Las marcadas con un asterisco (\*) son obligatorias. Si encuentra alguna pregunta que no comprende, por favor solicite ayuda. Puede hablar con algún empleado de la CBO que trabaje en el programa o llamar al 311 y solicitar la línea directa de jóvenes del DYCD. El DYCD también tiene una página web: [www.nyc.gov/dycd](http://www.nyc.gov/dycd) y puede seguirlo en Facebook y Twitter para obtener más información sobre los servicios ofrecidos.

Este paquete de inscripción le permitirá inscribirse o a su hijo(a) en este programa. La información obtenida en esta planilla le permitirá al plan del programa ofrecerle un ambiente sano y seguro, y los servicios apropiados. Las secciones del paquete de inscripción son:

- Bienvenida y paquete de inscripción (esta página)
- Datos del participante (página 2)
- Salud y seguridad del participante (página 3)
- Firmas (página 4)
- Planillas de autorización de los padres
- Otro \_\_\_\_\_

*Por favor guarde esta hoja en sus registros y para futuras referencias.*

---

Los programas FARO son centros comunitarios ubicados en las escuelas que atienden a niños de más de 6 años y a adultos. Actualmente existen 80 Faros en los cinco municipios de la ciudad de Nueva York que funcionan en las tardes, fines de semana, días festivos escolares, períodos de vacaciones y el verano.

- |                                                               |                                                        |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ■ Primaria (K-5 <sup>to</sup> grado)                          | ■ Secundaria (9 <sup>no</sup> -12 <sup>mo</sup> grado) |
| ■ Escuela Intermedia (6 <sup>to</sup> -8 <sup>vo</sup> grado) | ■ Adultos (mayores de 18 años)                         |

---

Los programas BRÚJULA son más de 800 programas destinados a jóvenes inscritos entre kínder y 12<sup>mo</sup> grado. Estos programas se les ofrece gratis a los jóvenes estratégicamente ubicados en escuelas públicas y privadas, centros comunitarios, instituciones religiosas, viviendas públicas y complejos recreacionales en la ciudad.

- |                                                                     |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ■ Primaria (K-5 <sup>to</sup> grado)                                | ■ Transición a secundaria (9 <sup>no</sup> grado) |
| ■ SONYC Escuela Intermedia (6 <sup>to</sup> -8 <sup>vo</sup> grado) | ■ Opción II                                       |

---

Los programas PILAR ofrecen programas interesantes y de alta calidad durante todo el año para jóvenes y adultos. Estos programas se llevan a cabo en 70 centros comunitarios de la Autoridad de la Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA) en sus 5 municipios.

- |              |              |
|--------------|--------------|
| ■ 5-12 años  | ■ 16-21 años |
| ■ 13-15 años | ■ Adulto     |
-



# PARTICIPANT BACKGROUND

participant contact information

Primary Parent / Guardian of Participant:	Who is enrolling in this program? <input type="checkbox"/> My child <input type="checkbox"/> Me <i>To register yourself, you must be 18+ years old.</i>
Primary Number:	Email Address:* <input type="checkbox"/> No Email
Date	Program Period
Child's Last Name*	Child's First Name*
Date of Birth*	Cell Phone
Home Address*	Apartment Number
City*	State*
Zip Code*	Borough
Home Phone	Proof of ID <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Non-Driver State ID <input type="checkbox"/> Official Letter <input type="checkbox"/> Municipal ID
NYCHA Resident* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Gender* <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other:	

demographics

Country of Origin	English Proficient* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ethnicity* <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> No Response	
Primary Language Spoken at Home*	Additional Language(s)

student or employment status

Current Grade Level	Student ID/OSIS #
Teacher/Advisor	School Type <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other
School Name	School Address
Student Status <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the participant a student: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If you are NOT a student, please provide the last school grade level completed:	If yes: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Grade K-11; please list your last grade: _____ <input type="checkbox"/> HS Graduate <input type="checkbox"/> HS Equivalency <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Degree <input type="checkbox"/> Unemployed for _____ weeks <input type="checkbox"/> Employed Full-time <input type="checkbox"/> Employed Part-time
If you are NOT a student, are you:	

other

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

DYCD PROGRAM

# DATOS DEL PARTICIPANTE

Información de contacto del participante

Padre o tutor legal principal del participante:	¿Quién se inscribe en este programa? <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) <input type="checkbox"/> Yo <i>Para inscribirse usted, debe tener más de 18 años.</i>
Número de teléfono principal:	Correo electrónico:* <input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico
Fecha	Período del programa
Apellido de Niño/a*	Nombre de Niño/a*
Fecha de nacimiento*	Teléfono celular
Dirección de residencia*	Número de apartamento:
Ciudad*	Estado*
Código postal*	Municipio
Teléfono fijo	<input type="checkbox"/> Partida de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Identificación oficial del estado <input type="checkbox"/> Carta oficial <input type="checkbox"/> Identificación oficial municipal
Residente en NYCHA* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Documento de identidad
Género* <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro:	

Información

País de origen	Competente en inglés* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Identidad étnica* <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No responde
Principal idioma hablado en el hogar*	Otro(s) idioma(s)

Situación laboral

Grado actual	Número de estudiante/OSIS
Docente/Consejero	Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Autónoma <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra
Nombre de la escuela:	Dirección de la escuela:
Estatus del estudiante: ¿El participante es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es positiva: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parcial
Si NO es estudiante, por favor indique el último nivel educativo completado:	<input type="checkbox"/> Grados K-11; indique su último grado: _____ <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Equivalente a bachiller <input type="checkbox"/> Años de universidad <input type="checkbox"/> Título universitario
Si NO es estudiante, usted está:	<input type="checkbox"/> Desempleado por _____ semanas <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo

Otro

Indique si alguien más en su hogar participa en este programa. Escriba nombre(s) y apellido(s).

PROGRAMA DYCD

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

**1** **NAME\*** \_\_\_\_\_

**Pick Up\***  This person may pick up my child.

**Address** \_\_\_\_\_

**City, State** \_\_\_\_\_

**Zip Code** \_\_\_\_\_

**RELATIONSHIP TO PARTICIPANT:**  
Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:

**Contact**  Home \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

Work \_\_\_\_\_

Email\* \_\_\_\_\_  No Email

**2** **NAME\*** \_\_\_\_\_

**Pick Up\***  This person may pick up my child.

**Address** \_\_\_\_\_

**City, State** \_\_\_\_\_

**Zip Code** \_\_\_\_\_

**RELATIONSHIP TO PARTICIPANT:**  
Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:

**Contact**  Home \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

Work \_\_\_\_\_

Email\* \_\_\_\_\_  No Email

# 3 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"/> Physical     |
| <input type="checkbox"/> Allergies to medications         | <input type="checkbox"/> Convulsions/Seizures                                            | <input type="checkbox"/> Individualized Education Plan | <input type="checkbox"/> Disabilities |
| <input type="checkbox"/> Allergies other (please Specify) | <input type="checkbox"/> Congestive Illness (e.g., heart murmur/disease, blood pressure) | <input type="checkbox"/> Obesity                       | <input type="checkbox"/> Pregnant     |
| <input type="checkbox"/> Asthma                           | <input type="checkbox"/> Corrective Devices (e.g., crutches, hearing aid, eye glasses)   | <input type="checkbox"/> Other (please specify)        |                                       |

Check off all that apply.

- Does your child have special health care needs that require treatment and/or medication?
- Does your child take medication for any condition or illness?
- Updated Medical Information on File:
- Are there any activities your child cannot participate in? (if so, please specify below)

Activities your child cannot participate in:

- Are you or any member of your household (0-64 years of age) covered by Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus or private medical insurance?
- If NO, do you want to be contacted with information about public health insurance program?

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: \_\_\_\_\_

Si hay alguna emergencia, contacte a las siguientes personas:

**1**

<b>NOMBRE*</b>		<b>RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE:</b>
Buscar* <input type="checkbox"/> Esta persona puede buscar a mi hijo(a).	_____	Anote todos los números e indique a cual llamar en caso de emergencia:
Dirección _____		Contacto: <input type="checkbox"/> Casa _____
Ciudad, Estado _____		<input type="checkbox"/> Celular _____
Código postal _____		<input type="checkbox"/> Trabajo _____
		<input type="checkbox"/> Correo electrónico* _____
		<input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico

**2**

<b>NOMBRE*</b>		<b>RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE:</b>
Buscar* <input type="checkbox"/> Esta persona puede buscar a mi hijo(a).	_____	Anote todos los números e indique a cual llamar en caso de emergencia:
Dirección _____		Contacto: <input type="checkbox"/> Casa _____
Ciudad, Estado _____		<input type="checkbox"/> Celular _____
Código postal _____		<input type="checkbox"/> Trabajo _____
		<input type="checkbox"/> Correo electrónico* _____
		<input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico

## 3 INFORMACIÓN DE SALUD DEL PARTICIPANTE

Por favor señale cualquier opción que se cumpla para el participante. Se acepta gente con diferentes problemas de salud y pueden les no restringir la inscripción en el programa.


- |                                                             |                                                                                             |                                                                |                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias              | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o de conducta                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas       |
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos            | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques epilépticos                                 | <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada | <input type="checkbox"/> Embarazo                     |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias (favor especifique) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (ej. soplo cardíaco, presión arterial)      | <input type="checkbox"/> Obesidad                              | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Aparatos correctivos (ej. muletas, dispositivo auditivo, anteojos) |                                                                |                                                       |

Señale todas las que correspondan:

- ¿Su hijo(a) tiene algún problema especial de salud que requiera tratamiento o medicamentos?
- ¿Su hijo(a) toma medicamentos por cualquier enfermedad?
- Información médica actualizada en el expediente:
- ¿Hay alguna actividad en la que su hijo(a) no pueda participar? (Si es así, por favor especifique abajo)

Actividades en las que su hijo(a) no puede participar:

- ¿Usted o alguno de los miembros de su familia están cubiertos por Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o algún seguro médico privado?
- Si NO es así, ¿quiere que se lo contacte con información sobre programas de seguro médico público?

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

### INFORMACIÓN PARA LA HORA DE SALIDA

Mi hijo(a) tiene permiso de irse a pie a la hora de salida:  Sí  No

Mi hijo(a) NO PUEDE ser recogido(a) por: \_\_\_\_\_



# ADDITIONAL BACKGROUND



Department of  
Youth & Community  
Development

other family and household information

The participant lives in housing that is: *(Check all that apply)*  Rental  Family Owned  NYCHA housing  
OR The participant is:  Homeless  Other:

Is or has the participant ever been in foster care:  Yes  No

Has the participant been enrolled in programs operated by the Administration for Children's Services (ACS)?  Yes  No

Number of individuals in your household:

Is the participant or any member of your household receiving public assistance?  Yes  No

Is the participant or any member of your household receiving food stamps?  Yes  No

Gross Yearly Household Income: \$ \_\_\_\_\_

The participant lives in a household that is headed by:  Self, Single, no children  Single Female Parent  Single Male Parent  Two Parents  Two Adults, no children

Sources of household income:

Employment  TANF  Social Security  Unemployment Insurance  
 Pension  SSI  General Assistance  Other \_\_\_\_\_

Would you like information on voter registration?  Yes  No  I am already a registered voter

## 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)

I have completed this application for myself.

Applicant: (18 and older) \_\_\_\_\_  
(Print) (Sign) (Date)

Organization: \_\_\_\_\_

Intake Specialist/Staff: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

DYCD PROGRAM

**Otra información del hogar y familia**

El participante vive en vivienda: *(incluya todo lo que corresponda)*  Alquilada  Propia  de NYCHA  
 O el participante es  Incigente  Otros

El participante está o ha estado en cuidado temporal:  Sí  No

¿El participante ha estado inscrito en programas operados por la Administración para Servicios para Niños (ACS)?  Sí  No

Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_

¿El participante o algún miembro de su familia recibe asistencia pública?  Sí  No

¿El participante o algún miembro de su familia recibe cupones alimentarios?  Sí  No

Ingreso familiar anual bruto: \$ \_\_\_\_\_

El jefe del hogar donde vive e participante es:  Él mismo, soltero, sin hijos  Madre soltera  Padre soltero  Dos padres  Dos adultos, sin hijos

Fuentes de ingreso familiar:

Empleo  TANF  Seguro Social  Seguro de desempleo  
 Pensión  SSI  Asistencia General  Otro \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir información sobre el registro electoral?  Sí  No  Ya soy un votante registrado

**FIRMAS**

A nuestro leal saber, toda la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y entiendo que la falsificación puede ser motivo para la finalización de este servicio. La información suministrada puede ser usada por la ciudad de Nueva York para mejorar los servicios de la ciudad o para recibir financiamiento adicional.

He llenado esta solicitud para mi hijo(a).

Padre o tutor legal: \_\_\_\_\_  
 (En letras) (Firma) (Fecha)

He llenado esta solicitud para mi hijo(a).

Solicitante: (mayor de 18 años) \_\_\_\_\_  
 (En letras) (Firma) (Fecha)

Organización: \_\_\_\_\_

Especialista de admisión/personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DYCD

**PARTICIPANT INTEREST SURVEY**

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

## ENCUESTA DE INTERESES DEL PARTICIPANTE

Intereses/actividades	<input checked="" type="checkbox"/> Gustos/fortalezas	<input type="checkbox"/> Desagrados/debilidades
Lectura		
Matemática		
Comunicaciones (arte digital, fotografía, videografía)		
Escritura (poesía, ficción breve, periodismo)		
Arte (pintura, dibujo, escultura)		
Artes escénicas (música, danza, teatro)		
Ciencia, tecnología, ingeniería, matemática (STEM)		
Deportes (de equipo, individuales)		
Juegos de video		
Juegos de mesa		
Cocina y nutrición		
Jardinería		

¿Cómo podemos ayudar o a su hijo(a)? ¿Hay algún otro servicio o actividad que pudiera ser interesante o útil para usted o su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene un Programa de Educación Individualizada o necesidades especiales?  Sí  No

Use este espacio o el dorso de la página para dar más detalles o enumerar los objetivos que quiera compartir con nosotros.

## OTROS SERVICIOS

\*Señale cualquier otro servicio del DYCD en el que usted o su familia pudieran estar interesados.

- |                                                                                                                     |                                                                     |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educación, alfabetización, equivalencia de escuela secundaria                              | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda                     | <input type="checkbox"/> Servicios de la tercera edad   |
| <input type="checkbox"/> Alfabetización de adolescentes                                                             | <input type="checkbox"/> Servicios al inmigrante                    | <input type="checkbox"/> Empleo juvenil de verano       |
| <input type="checkbox"/> Servicios a los padres                                                                     | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo LGBTQ                   | <input type="checkbox"/> Pasantías para jóvenes adultos |
| <input type="checkbox"/> Ferias y pasantías (preparación preuniversitaria, planificación financiera, crianza, etc.) | <input type="checkbox"/> Jóvenes indigentes o que han huido de casa |                                                         |



## Parent/Guardian Consent

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 identifiable 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 fitnessgram 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

## Consentimiento del padre o tutor legal

El Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD) ofrece financiamiento como parte de su misión de ayudarlo a su hijo(a) a alcanzar su máximo potencial. Muchos de nuestros programas son dirigidos por organizaciones comunitarias. Nosotros trabajamos para asegurar que los servicios que usted y su hijo(a) reciben sean de la más alta calidad. El DYCD solicita su autorización para que podamos recopilar la información necesaria sobre su hijo(a), su participación y la calidad de los servicios ofrecidos.

### Consentimiento para recopilar y compartir información del estudiante

¿Qué información del registro estudiantil de su hijo(a) solicita el DYCD?

Solicitamos su autorización para que el Departamento de Educación (DOE) de NYC pueda compartir información del registro estudiantil de su hijo(a) con el DYCD. La información que nos gustaría recopilar consiste en información personal y de inscripción (en específico el nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación de estudiante, grado, escuela(s) e información de transferencia, suspensión y nivelación de su hijo(a)); información sobre la asistencia escolar de su hijo(a) (como el número de días de asistencia y ausencias); rendimiento escolar (como los resultados de exámenes nacionales y regionales, créditos, notas, estatus de ascenso o retención y resultado de *fitnessgram*) e información sobre cualquier acción disciplinaria tomada contra su hijo(a) (como número y tipo de suspensión).

Solicitamos recopilar la información especificada arriba sobre su hijo(a) de forma continua.

También solicitamos su autorización para que el DYCD comparta la información recopilada en la planilla de inscripción suya o de su hijo(a) con el personal del DOE. La información incluye información de registro, los intereses y puntos en el que el estudiante no se destaca, el tipo de programa en el que se inscribió y la frecuencia de su participación. Se usará esta información para facilitar la cooperación de la escuela y la comunidad para satisfacer sus necesidades o las de su hijo(a).

¿Quién verá la información de mi hijo(a) y cómo se protegerá?

Las únicas personas que verán la información personal de su hijo(a) son el personal del DYCD y DOE que maneja los sistemas de información y elabora informes de investigación y análisis del programa. El número reducido del personal del DYCD autorizado para recibir información personal es cuidadosamente examinado y rigurosamente entrenado para seguir las guías estrictas de protección de la confidencialidad de la información que pudiera identificarlo a usted o a su hijo(a). La información recopilada del registro estudiantil que pueda identificarlo solo será compartida electrónicamente entre el DOE y el DYCD, y será protegida en la base de datos del DYCD. No se compartirá información que pueda identificarlo con ninguna organización comunitaria ni su personal.

No usaremos su nombre ni el de su hijo(a) en ningún informe publicado. Mientras solicitamos su consentimiento, sus respuestas y las afirmaciones siguientes no afectarán la participación de su hijo(a) en los programas auspiciados por el DYCD.

**Indique Sí o No a cada una de las afirmaciones siguientes:**

- Entiendo por qué el DYCD me pide la autorización para acceder a la información discutida anteriormente del registro estudiantil de mi hijo(a) y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de forma continua.  
 Sí, lo autorizo                       No, no lo autorizo
- Entiendo por qué el DYCD me pide la autorización para acceder a la información discutida anteriormente del registro estudiantil de mi hijo(a) y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de forma continua.  
 Sí, lo autorizo                       No, no lo autorizo



Student/Applicant Name: \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Additional Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_  
 Additional Parent/Guardian Signature: *(optional)* \_\_\_\_\_

**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 at off-site events and events taking place in the usual program location. In some cases, they may photograph, videotape, interview or otherwise record children who participate in these events. The resulting images, videos and interviews may be used solely for non-profit, non-commercial purposes in printed and electronic media such as brochures, books, print and email newsletters, DVDs and videos, websites, social media and blogs (collectively, "Media"). These images, videos and interviews may be used by DYCD and third-party organizations that collaborate with DYCD, without compensation and without further approval, solely for non-profit, non-commercial purposes.

If, in the course of participating in program activities or special events, any original work is created by a participant, DYCD may use the created work in any and all Media to promote the program or for other informational, non-profit and non-commercial purposes, without compensation and without further approval.

- I understand my child may be photographed, interviewed or otherwise recorded during program activities and special events and give permission for my child to be photographed, interviewed or otherwise recorded solely for non-profit, non-commercial purposes of the program.  
 \_\_\_ 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

\_\_\_\_\_  
Student Signature *(if 18 or older)*

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature      Date

\_\_\_\_\_  
Additional Parent/Guardian Name *(optional)*

\_\_\_\_\_  
Additional Parent/Guardian Signature      Date

Nombre del estudiante o solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

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

Nombre del padre o tutor legal adicional: \_\_\_\_\_

Firma del otro padre o tutor legal: *(opcional)* \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para tomar fotos y videos y uso del trabajo social con jóvenes**

Tenga conciencia de que a veces, el personal, los fotógrafos, periodistas de prensa o televisión, representantes de medios de comunicación y personal de relaciones públicas pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales, tanto en eventos extracurriculares como en el lugar habitual del programa. En algunos casos, pueden tomar fotografías o videos o entrevistar o grabar de alguna otra forma a los niños que participan en estos eventos. Los videos, imágenes y entrevistas resultantes pueden usarse solo para fines no comerciales en materiales impresos o electrónicos como folletos, libros, boletines informativos físicos o digitales, DVD y videos, páginas web, redes sociales y blogs (colectivamente «los Medios»). Estos videos, imágenes y entrevistas pueden ser usados por el DYCD o terceras partes para colaborar con el DYCD, sin compensación ni aprobación posterior, solo para fines no comerciales.

Si durante la participación en las actividades del programa o de los eventos especiales, un participante toma fotos o videos, el DYCD puede usarlos en cualquiera y en todos los medios para promocionar el programa o para cualquier otro fin informativo y no comercial, sin compensación ni aprobación previa.

- Entiendo que mi hijo(a) puede ser fotografiado(a), entrevistado(a) o grabado(a) de alguna otra forma durante las actividades del programa o eventos especiales y autorizo que mi hijo(a) sea fotografiado(a), entrevistado(a) o grabado(a) de alguna otra forma solo para fines no comerciales del programa.  
 Sí, lo autorizo                       No, no tienen mi autorización
- Entiendo que el trabajo de mi hijo(a) puede ser usado en materiales que promocionen el programa, solo para fines no comerciales del programa  
 Sí, lo autorizo                       No, no tienen mi autorización

### **Consentimiento para tratamiento médico de emergencia**

Autorizo al personal del programa para que busquen el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo(a) a sabiendas de que se notificará a la familia lo más pronto posible. Entiendo que se realizará todo lo posible para contactarme antes y después de que se suministre el cuidado médico.

Sí, lo autorizo                       No, no lo autorizo

### **Declaración de consentimiento**

Yo, quien suscribe, certifico que he revisado todas las afirmaciones de consentimiento anteriores y expreso mi voluntad. Entiendo que el consentimiento es voluntario y puedo revocarlo por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante o solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante *(si es mayor de 18 años)*

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del otro padre o tutor legal *(opcional)*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre tutor legal adicional

\_\_\_\_\_  
Fecha

PROGRAMA DYCD

Agency: _____
School: _____

Parent Consent for Participation in Data Collection

Dear Parent:

Your child is enrolled in a program that is supported by the Department of Youth and Community Development (DYCD). In order to monitor the effectiveness of this program and ensure its future success, DYCD, and its evaluation partner American Institutes for Research (AIR), are collecting information about participants and their experiences in the program. AIR is doing a study of the middle school programs that are part of COMPASS – known as School’s Out New York City (SONYC) programs; the study is called *School’s Out NYC: Out-of-School Time Middle School Expansion Evaluation Services*. This project has been approved by the Department of Education (DOE). AIR will visit some of the programs to learn more about SONYC and how it can be improved and will collect information from young people in the program.

We ask permission from parents to conduct the following study activities:

- Survey children about the DYCD program.
- Survey children about themselves (what they have learned).
- We may access your child’s school information from NYC DOE, including demographic data, school day attendance, disciplinary referrals, grade promotion, and academic performance data (e.g., test scores and grades). We will not be able to link their school information to their name or to your family.

This information will help DYCD learn how the program helps students and how it can be improved. **Any information we collect will be used only to assess the DYCD program and will not be made public.** The only people who will have access to this information are members of the AIR evaluation team. **Participating in the evaluation will not affect your child in school, in the program, or in any other way.** We will not use your name or your child's name in any report. Participation is voluntary and participants may withdraw at any time. Please contact Deborah Moroney by phone (312-288-7609) or email ([dmoroney@air.org](mailto:dmoroney@air.org)) with questions about the study.

If you have concerns or questions about your child’s rights as a participant, contact AIR’s Institutional Review Board (which is responsible for the protection of project participants) at [IRB@air.org](mailto:IRB@air.org), toll free at 1-800-634-0797, or c/o IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007.

Please select one of the options below:

Yes, I GIVE PERMISSION FOR MY CHILD, \_\_\_\_\_, TO PARTICIPATE in the following:

- My child WILL complete AIR surveys for SONYC Out-of-School Time Middle School Expansion Evaluation
- AIR CAN access my child’s school information for SONYC Out-of-School Time Middle School Expansion Evaluation. AIR will look at my child’s school data such as attendance, disciplinary referrals, grade promotion, and academic performance data however this data is not linked to their name or my family.
- No, I DO NOT WANT MY CHILD, \_\_\_\_\_, TO PARTICIPATE. I have read the above information and I DO NOT give permission for my child to participate in the AIR data collection activities.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

For questions about the evaluation, please contact Yael Bat-Chava, [ybat-chava@dycd.nyc.gov](mailto:ybat-chava@dycd.nyc.gov), 646-343-6237. For all other questions please contact Youth Connect, 1-800-246-4646, or [http://www.nyc.gov/html/dycd/html/contact/email\\_youth.shtml](http://www.nyc.gov/html/dycd/html/contact/email_youth.shtml).

DYCD PROGRAM

Agencia: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del representante para participar en la recopilación de información**

Estimado representante:

Su hijo(a) está inscrito(a) en un programa respaldado por el Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD). Para monitorear la efectividad de este programa y asegurar su éxito futuro, el DYCD y sus socios de evaluación, los Institutos de Investigación Estadounidense (AIR), están RECOPILANDO información sobre los participantes y sus experiencias en el programa. AIR realiza un estudio en programas en las escuelas secundarias que forman parte de BRÚJULA (conocido como los programas de vacaciones de la ciudad de Nueva York (SONYC); el estudio se llama *Se acabaron las clases NYC: Servicios de expansión y evaluación de vacaciones de escuela secundaria*. Este proyecto fue aprobado por el Departamento de Educación (DOE). AIR visitará algunos de los programas para aprender más sobre SONYC, cómo puede mejorar y recopilar información sobre los jóvenes en el programa.

Solicitamos la autorización de los padres para realizar las siguientes actividades de estudio:

- Encuestar a los niños sobre el programa DYDC.
- Encuestar a los niños sobre ellos mismos (lo que han aprendido).
- Puede que accedamos a la información escolar de su hijo(a) de DOE, como la información demográfica, asistencia a la escuela, referencias disciplinarias, promoción de grados e información de rendimiento académico (ej. resultados de pruebas y notas). No podremos relacionar su información escolar a su nombre o al de su familia.

Esta información ayudará al DYCD a determinar cómo el programa ayuda a los estudiantes y cómo pueden mejorar. Cualquier información que recopilemos se usará solo para evaluar el programa DYCD y no se hará pública. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información son los miembros del equipo de evaluación de AIR. La participación en la evaluación no afectará a su hijo(a) en la escuela, programa o de ninguna otra forma. No usaremos su nombre ni el de su hijo(a) en ningún informe. La participación es voluntaria y los participantes pueden retirarse en cualquier momento. Por favor contacte a Deborah Moroney por teléfono (312-288-7609) o correo electrónico ([dmoroney@air.org](mailto:dmoroney@air.org)) si tiene preguntas sobre el estudio.

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre los derechos de su hijo(a) como participante, contacte al Comité de revisión institucional de AIR (responsable de la protección de los participantes del proyecto) a [IRB@air.org](mailto:IRB@air.org), llamada sin cargo al 1-800-634-0797 o por correo a IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007.

Seleccione una de las opciones siguientes:

*Sí, AUTORIZO A MI HIJO(A), \_\_\_\_\_, A PARTICIPAR en lo siguiente:*

- Mi hijo(a) LLENARÁ las encuestas de AIR para la evaluación y expansión del programa SONYC de vacaciones.*
- AIR PUEDE acceder a la información escolar de mi hijo(a) para la evaluación y expansión del programa SONYC de vacaciones. AIR tendrá acceso a la información escolar de mi hijo(a) como la asistencia, referencias disciplinarias, promoción de grado y rendimiento académico pero no se relacionará esta información con su nombre ni con mi familia.*

*No, NO QUIERO QUE MI HIJO(A), \_\_\_\_\_, PARTICIPE. He leído la información anterior y NO AUTORIZO que mi hijo(a) participe en las actividades de recolección de información de AIR.*

Firma

Fecha

Si tiene alguna inquietud o pregunta, por favor contacte al coordinador o director del programa después de clase o a Yael Bat-Chava, Directora Principal de Evaluación, en el DYCD al (646) 343-6237 o por correo electrónico [Ybat-Chava@dycd.nyc.gov](mailto:Ybat-Chava@dycd.nyc.gov).

# SUMMER CAMP PARTICIPANT RELEASE

Every Participant must have a completed and signed release form to turn in at registration ALL areas must be completed.

Minor's Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Name of Parent / Legal Guardian \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian Cell Phone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

City, State & Zip \_\_\_\_\_

Phone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Legal Guardian: \_\_\_\_\_

**Medical Release:** If my child requires emergency medical care and I cannot be reached, I give my consent to the above after-school program to obtain the necessary medical care for my child. I agree to pay all of the costs associated with the emergency medical care that my child receives. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided.

Medications (if any): \_\_\_\_\_

Allergic to (if any): \_\_\_\_\_

I acknowledge that the Minor suffers from the following:

Conditions: \_\_\_\_\_

Family Doctor: \_\_\_\_\_ Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Minor Birthdate: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Insurance Company: \_\_\_\_\_

Medical Insurance Policy/Group Number - REQUIRED: \_\_\_\_\_

**Emergency Information:**

Name of contact: \_\_\_\_\_

Cell Phone Number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Evening Telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Name of contact: \_\_\_\_\_

Cell Phone Number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Evening Telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Legal Guardian: \_\_\_\_\_

YOUTH PROGRAM

## CAMPAMENTO DE VERANO Descargo de PARTICIPANTE

Cada participante debe tener una forma de descargo completa y firmada para entregar en el registro TODAS las áreas deben ser completadas.

Nombre de Menor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de Padre / Guardián Legal \_\_\_\_\_

Numero de celular de Padre/Guardián (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Descargo Medico: Si mi hijo/a necesita atención médica de emergencia y no pueden comunicarse conmigo, doy mi consentimiento para el programa después de la escuela para obtener la atención médica necesaria para mi hijo/a. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos relacionados con la atención médica de emergencia que mi hijo/a reciba. Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes y después de que se proporcionó atención médica.

Medicaciones (si cualquiera): \_\_\_\_\_

Alérgico a (si cualquiera): \_\_\_\_\_

I acknowledge that the Minor suffers from the following:

Condiciones: \_\_\_\_\_

Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Numero: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de meno: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Póliza de Seguro Médico/Numero de grupo - REQUERIDO: \_\_\_\_\_

### Información de Emergencia:

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de noche : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de noche: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_



## CHFS Arts & Literacy Updated Contact and Permission Form

I give the Coalition for Hispanic Family Services' Arts & Literacy Afterschool and Summer Camp Program permission to send messages regarding the program (ex: program cancelation due to weather) to the following number: \_\_\_\_\_ . I understand the program will contact me if the program is closed at this number.

I prefer to receive messages via: (check one) \_\_\_\_\_ text \_\_\_\_\_ voicemail

I give permission for my child \_\_\_\_\_ to participate in all Arts & Literacy activities during afterschool and summer camp hours on school days as well as from 8am to 6pm on school closing days and Saturday trips. This includes trips, visits to parks, art therapy counseling, physical activity, neighborhood walks and local distances.

I also agree to (Please initial each line):

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I give consent on my behalf in the event of the need for emergency administration of medical treatment which the program, or any of its agents, employees, or volunteers, in their sole discretion, believes to be necessary and appropriate, including, without limitation, treatment by trained First Aid personnel, EMT's, First Responders, Paramedics and Emergency Room Physicians. I further attest that I have disclosed all vital and important health information (allergies, medications and medical limitations on activities) which would be necessary for the proper care of my child.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) In consideration of the program permitting my child to participate in program activities, I hereby release, discharge, and agree to indemnify and hold harmless, the Arts & Literacy Program, its directors, organizers, sponsors, staff, volunteers and agents from all claims, liabilities, or causes of action arising out of such treatment and with respect to the exercise of its judgment in this regard.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I authorize the program to obtain copies of my child's report cards from his/her school. I also authorize the staff of CHFS' Arts & Literacy Program to speak to public school staff regarding my child's academic work and behavior for evaluation purposes, including Algorithm.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I authorize the program to use, display and/ or photograph my child's artwork for the purpose of exhibitions, publication and educational purposes.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I authorize my child to receive counseling from the staff Art Therapist/Social Worker if deemed necessary by the Arts & Literacy staff. I give permission to the CHFS Arts and Literacy Program to case conference and discuss my child's progress and needs with the public school and other providers as needed. I authorize my child to participate in open studio art therapy counselling groups, as well as individual sessions.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I authorize my child to participate in the monthly library trips, in an effort to instill a sense of appreciation for books, which is an important component of our literacy building philosophy.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I give permission for the program to take my child to play in local parks as well as Central Park, Prospect Park and Flushing Meadows Park.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) In consideration of permitting my child to participate in program activities, I hereby release, discharge, and agree to indemnify and hold harmless, the Arts & Literacy Program, its directors, organizers, sponsors, staff, volunteers and agents from all claims, liabilities, or causes of action arising out of my child's participation in program activities, including but not limited to physical injury to my child.

YES/NO \_\_\_\_\_ (Initial) I am aware that the A&L library will include book on Anatomy and sexual health and I give permission for my child to access them.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
date

Le doy a la Coalición para las Familias Hispánicas Servicios ' El programa después de la Escuela de Alfabetización permiso para enviar mensajes relacionados con el programa (por ejemplo: cancelación de programa debido al mal tiempo) al siguiente número: \_\_\_\_\_, Entiendo que el programa se pondrá en contacto conmigo si el programa está cerrado en este número.

Prefiero recibir mensajes a través de \_\_\_\_\_ (texto / correo de voz)

Doy permiso para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ a participar en todas las actividades del Programa de las Artes y Literatura durante las horas después de la escuela los días de clase, 8 a.m.-6 p.m. en los días de cierre de la escuela y viajes sábado. Esto incluye excursiones, visitas a parques, asesoramiento terapia artística y la actividad física caminatas al vecindario y distancias locales.

También estoy de acuerdo (Por favor, iniciales en cada línea):

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Doy mi consentimiento en mi nombre, en caso de la necesidad de administración de emergencia del médico tratamiento que el programa, o cualquiera de sus agentes, empleados o voluntarios, a su entera discreción, cree que es necesario y apropiado, incluyendo, sin limitación, o tratamiento por parte del personal capacitado en primeros auxilios, EMT, socorristas, paramédicos y Sala de Emergencias Médicos. Doy fe, además, que he revelado toda la información vital e importante de salud (alergias, medicamentos y limitaciones médicas sobre las actividades) que serían necesarias para el buen cuidado de mi hijo/a.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) yo permito a mi hijo/a a participar en las actividades del programa, yo autorizo, declaro, permito y estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne, el Programa de las Artes, sus directores, organizadores, patrocinadores, personal, voluntarios y agentes de todas las reclamaciones, responsabilidades, o causas de acción que surjan de dicho tratamiento y en relación con el ejercicio de su juicio al respecto.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Autorizo al programa para obtener copias de las calificaciones de mi niño/a de su escuela. También autorizo el personal del programa de las Artes de CHFS hablar con el personal de la escuela pública en relación con el trabajo académico y el comportamiento para fines de evaluación, incluyendo algoritmo de mi hijo/a. Yo entiendo que

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Autorizo al programa a utilizar, exhibir y/ o fotografiar obras de mi hijo/a con el propósito de exposiciones, publicación y con fines educativos.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Yo autorizo a mi hijo/a a recibir asesoramiento por parte del personal Terapeuta de Arte / asistente social si se considera necesario por el personal del Programa de las Artes. Doy permiso al CHFS Programa de Artes y al caso de conferencias y discutir el progreso de mi hijo/a y sus necesidades con la escuela pública y otro proveedor, según sea necesario. Autorizo a mi hijo a participar en estudio abierto grupos de Arte terapia e individual.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Yo autorizo a mi hijo/a a participar en los paseos a las bibliotecas mensuales, en un esfuerzo por inculcar un sentido de aprecio por los libros, que es un componente importante de nuestra filosofía y alfabetización.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Yo doy permiso para que el programa lleve a mi hijo/a jugar en los parques locales, así como el Parque Central, Prospect Park y el parque de Flushing Meadows.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) En consideración a permitir que mi hijo/a participe en las actividades del programa, yo estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne, el Programa de Arte y Alfabetización, sus directores, organizadores, patrocinadores, personal, voluntarios y agentes de toda reclamaciones, responsabilidades o causas de acción que surja de la participación de mi hijo en las actividades del programa, incluyendo pero no limitado a daños físicos a mi hijo/a.

SI/NO \_\_\_\_\_ (Inicial) Soy consciente de que la biblioteca del Programa de las Artes incluye libros de anatomía y salud sexual y doy permiso a mi hijo para acceder a ellos.

---

Firma del Padre, Guardián o tutor

Fecha



Department of  
Youth & Community  
Development

CSBG Intake Form

Intake Date	First Name	Initial	Last Name
Social Security Number	-	Date of Birth	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Primary Address			Apt
City	State	Zip	
Home Phone	-	Mobile Phone	-
Email Address	Preferred Method of Contact <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> US Mail		

Race (check all that apply)

Black or African American  American Indian or Alaskan Native  Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Asian  White  Multi-Race (any 2 or more of the above)  Other

Ethnicity  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

Country of Origin?

Are you a parent?  Yes  No    Are you a Veteran?  Yes  No

Disabled?  Yes  No    If yes, are you Homebound?  Yes  No

Offender/Criminal Justice System-involved?  Yes  No

In Foster Care?  Yes  No    ACS Preventative Services?  Yes  No

Housing  Own  Rent  Shelter  Homeless  Other    Do you live in NYCHA Housing?  Yes  No

SNAP (Food Stamps)  Yes  No    Medicaid  Yes  No

Are you or is any member of the household (0 - 64 years of age) covered by Medicaid, Child Health Plus, or private medical insurance?  Yes  No

If no, have you asked this provider to assist you in signing up for health insurance programs?  Yes  No

If no, do you want to be contacted by someone else with information about signing up for public health insurance programs?  Yes  No

How would you like to be contacted about this issue?  Via this provider  Email  Phone  US Mail

Do you want to be contacted by someone else with information about signing up for free financial education or tax assistance programs?  Yes  No

How would you like to be contacted about this issue?  Via this provider  Email  Phone  US Mail

Do you want to be contacted by someone else with information about child support and arrears programs, and how to make or receive child support payments?  Yes  No

How would you like to be contacted about this issue?  Via this provider  Email  Phone  US Mail



Department of  
Youth & Community  
Development

Formulario de inscripción del solicitante

Fecha de admisión	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Número del Seguro Social	-	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección principal		Apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono particular	--	Teléfono móvil	--
Correo electrónico			
Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal de los EE. UU.			

Raza (marque todas las opciones que correspondan)

Negro o afroamericano  Indio estadounidense o nativo de Alaska  Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico

Asiático  Blanco  Otra

Étnia  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

¿País de origen? \_\_\_\_\_

¿Es usted padre o madre?  Sí  No      ¿Es usted veterano/a de guerra?  Sí  No

¿Discapacitado?  Sí  No      Si es discapacitado, ¿está confinado a su casa?  Sí  No

¿Delincuente o implicado al sistema de justicia penal?  Sí  No

¿En cuidado tutelar?  Sí  No      ¿Servicios preventivos de ACS?  Sí  No

¿SNAP (cupones de alimentos)?  Sí  No      ¿Medicaid?  Sí  No

Vivienda  Propia  Alquiler  Refugio  Sin hogar  Otro      ¿Vive en viviendas de NYCHA?  Sí  No

¿Está usted o cualquier miembro de su familia (0 a 64 años de edad) cubierto por Medicaid, Child Health Plus o algún seguro médico privado?  Sí  No

Si la respuesta es no, ¿ha solicitado a esta organización ayuda para registrarse en los programas públicos de seguro médico?  Sí  No

Si la respuesta es no, ¿quisiera que lo contacte alguien más para ofrecerle información sobre el registro en los programas públicos de seguro médico?  Sí  No

¿Cómo quisiera que se lo contacte sobre este tema?

Por medio de esta organización  Correo electrónico  Teléfono  Correo postal de los EE. UU.

¿Quisiera que lo contacte alguien más para ofrecerle información sobre el registro en los programas gratuitos de educación financiera o de asistencia impositiva?  Sí  No

¿Cómo quisiera que se lo contacte sobre este tema?

Por medio de esta organización  Correo electrónico  Teléfono  Correo postal de los EE. UU.

¿Quisiera que lo contacte alguien más para ofrecerle información sobre los programas de manutención de menores y atrasos, y sobre cómo recibir pagos de manutención de menores?  Sí  No

¿Cómo quisiera que se lo contacte sobre este tema?

Por medio de esta organización  Correo electrónico  Teléfono  Correo postal de los EE. UU.

English Proficient?  Yes  No English Language Learner (ELL)?  Yes  No  
Preferred Language \_\_\_\_\_

Education (enter/check Last Grade Completed)  
Enter Grade 0-11  12 High School Graduate  HSE/GED  12+ Some Post-Secondary  
 2 or 4 year College Degree  In school - full time  In school - part time  Out of school  
If in school, is your program  Trade School  Academic

Work History Employed?  Yes, Full-Time  Yes, Part-Time  No, In school  No, retired  
 No, Out of work less than 26 weeks  No, out of work 26-52 weeks  No, out of work greater than 52 weeks  
Status \_\_\_\_\_  
Is your resume on file with this provider?  Yes  No

Household / Family Type  Single Parent - Female  Single Parent - Male  Two Parent Household  
 2 Adults - No children  Single Person  Other

Family Size (check Number of people in household)  
 One  Two  Three  Four  Five  Six  Seven  Eight or More

Household 12-month Gross Income \$ \_\_\_\_\_ Individual Income \$ \_\_\_\_\_

Sources of Income  TANF  SSI  Social Security  General Assistance  
(Check all apply)  Pension  Employment  Unemployment Insurance Benefits  
 Public Assistance  Other

Student Information (if applicable)  
Individualized Educational Program (IEP)  Yes  No  
Student ID number (OSIS# for Public School students) \_\_\_\_\_  
School Name \_\_\_\_\_ School Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Emergency Contact Info First Name \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_  
Gender  Male  Female Relationship to Participant \_\_\_\_\_  
Home Phone -- -- Mobile Phone -- --  
Email Address \_\_\_\_\_

¿Con dominio del idioma inglés?  Sí  No ¿Estudiante de inglés (ELL)?  Sí  No

Idioma de preferencia

Educación (marque último grado terminado)

Ingrese grado 0-11  12 Graduado de la secundaria  HSE/GED  12+ algún nivel postsecundario

Diploma universitario de 2 o 4 años  Estudiante a tiempo completo  Estudiante a medio tiempo

Fuera del sistema escolar

Si se encuentra estudiando, su programa es  Escuela comercial  Académico

Historia laboral ¿Está usted empleado?

Sí, a tiempo completo  Sí, a tiempo parcial  No, estudiante  No, retirado

No, desempleado desde hace menos de 26 semanas  No, desempleado desde hace entre 26 y 52 semanas

No, desempleado desde hace más de 52 semanas Estado

¿Su currículum vitae se encuentra en el archivo de esta organización?  Sí  No

Conformación del grupo familiar

Madre soltera  Padre soltero  Familia con padre y madre

2 adultos sin hijos  Unipersonal  Otro

Tamaño de la familia (marque la cantidad de personas que viven en la misma casa)

Uno  Dos  Tres  Cuatro  Cinco  Seis  Siete  Ocho o más

Ingresos familiares brutos anuales \$

Ingresos individuales \$

Fuentes de ingreso

TANF  SSI  Seguridad Social  Ayuda general

(Marque todas las opciones que correspondan)  Pensión  Empleo  Seguro de desempleo

Ayuda pública  Otro

Información estudiantil (si corresponde)

Programa educativo individualizado (IEP)  Sí  No

Número de la identificación del estudiante (N.º de OSIS para los estudiantes de escuela pública)

Nombre de la escuela

Dirección de la escuela

Ciudad

Estado

Código postal

Información de contacto de emergencia

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Sexo  Hombre  Mujer Vínculo con el participante

Teléfono particular

--

--

Teléfono móvil

--

--

Correo electrónico

To the best of my knowledge the information above is true. I agree to its verification and understand that falsification is grounds for termination from CSBG programs of service.

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

As parent/guardian, I give permission for my child to register and participate in the \_\_\_\_\_ program and to complete anonymous surveys seeking participant feedback of the program.

Parent/guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Signature required if applicant is under the age of 18)

Organization: \_\_\_\_\_

Intake Specialist/Staff \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

In order to continue to receive the federal funds that support this program, all of the information requested must be collected. If you have any questions, please ask the provider's program director.

---

### Photo/Video Consent and Waiver

I understand that this provider's staff, as well as photographers, newspaper and television reporters, media and social media representatives, and public relations personnel may be present during program activities and special events associated with the program services. In some cases, they may photograph, video, interview or otherwise record program participants who participate in these activities and events. The resulting images, videos, and interviews may be used to promote the programs in printed and electronic media published by the provider as well as by the New York City Department of Youth & Community Development (DYCD), such as brochures, books, print and email newsletter, DVDs and videos, websites and blogs, and on social media. I give permission to use my and my children's photograph, likeness, artwork, profile and/or story, in all such forms of media and all manners, including publications, webpages, and other promotional materials. I understand that the circulation of the materials could be worldwide and that there will be no compensation to me for this use and I will have no rights to the materials produced. I waive any right to inspect or approve the finished product, including written copy that may be created in connection therewith.

These images, videos and interviews may be used by DYCD, as well as DYCD's assignees, and organizations that collaborate with DYCD, including but not limited to the New York State Department of State, for inclusion in its publications, on its website, and in any media, whether now or hereafter known or developed.

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

As parent/guardian, I give permission for my child.

Parent/guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

If you do not wish for you or your child to participate in interviews or the recording of images as described above, please review this section of the form.

I DO NOT give permission for photographs, other recordings or interviews of me and/or my child to be used by the program or DYCD in any publication. As a result, I and/or my child may not be able to participate in events and group activities that may be used for publication purposes.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

A mi leal saber y entender, la información brindada es verdadera. Estoy de acuerdo con la verificación de dicha información y entiendo que su falsificación es fundamento para la eliminación de los programas de servicio financiados por la Subvención en Bloque para el Desarrollo de la Comunidad (Community Services Block Grant, CSBG).

Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor, autorizo a que mi hijo/a se registre y participe en el programa \_\_\_\_\_ y complete encuestas anónimas en busca de las opiniones de los participante del programa.

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma obligatoria si el postulante es menor de 18 años de edad)

Organización: \_\_\_\_\_

Especialista/personal de admisión \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para continuar recibiendo los fondos federales que respaldan este programa, se debe recopilar toda la información solicitada. Si tiene alguna pregunta, fórmúlesela al director del programa del prestador.

#### Consentimiento y renuncia de derechos de fotografías y videos

Entiendo que el personal de esta organización, así como fotógrafos, periodistas de periódicos y televisión, medios y representantes de redes sociales, y el personal de relaciones públicas pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales asociados a los servicios del programa. En algunos casos, pueden tomar fotografías, videos, realizar entrevistas o grabar a los participantes de estas actividades y eventos de cualquier otra manera. Las imágenes, videos, y entrevistas resultantes se pueden utilizar para promover los programas en medios gráficos y electrónicos publicados por el prestador, así como por el Departamento de la Juventud y Desarrollo Comunitario (Department of Youth & Community Development, DYCD) de la Ciudad de Nueva York; por ejemplo, en folletos, libros, boletines de noticias electrónicos o impresos, DVD y videos, sitios web y blogs, y en redes sociales. Autorizo el uso de fotografías, imagen, material gráfico, perfil o historia, de mí y de mis hijos en todas estas formas de medios y otras, incluso publicaciones, páginas web y otros materiales promocionales. Entiendo que la circulación de los materiales podría ser mundial y que no habrá remuneración alguna para mí por su uso y no tendré ningún derecho a los materiales producidos. Renuncio al derecho de examinar o aprobar el producto final, incluida la copia escrita que se puede crear en conexión con este.

El DYCD puede utilizar estas imágenes, videos y entrevistas, así como los cesionarios del DYCD y las organizaciones que colaboran con el DYCD, incluido, entre otros, el Departamento de Estado del Estado de Nueva York, para la inclusión en sus publicaciones, en su sitio web y en cualquier otro medio, existente ahora o desarrollado en el futuro.

Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Como padre/madre/tutor, doy permiso en nombre de mi hijo/a.

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted no desea que usted o su hijo/a participen en las entrevistas o la grabación de imágenes como se describe anteriormente, lea esta sección del formulario.

NO autorizo el uso de fotografías, otras grabaciones o entrevistas mías y/o de mi hijo/a por parte del programa o el DYCD en ninguna publicación. Como resultado, es posible que mi hijo/a y yo no participemos en eventos y actividades grupales que pueden utilizarse con fines de publicación.

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



**Community Services Block Grant (CSBG)  
Program Participant Self-Certification Form**

This program is funded by the Community Services Block Grant (CSBG), which is provided by the U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families Office of Community Services. *You must complete this form to document your eligibility to participate in this program.*

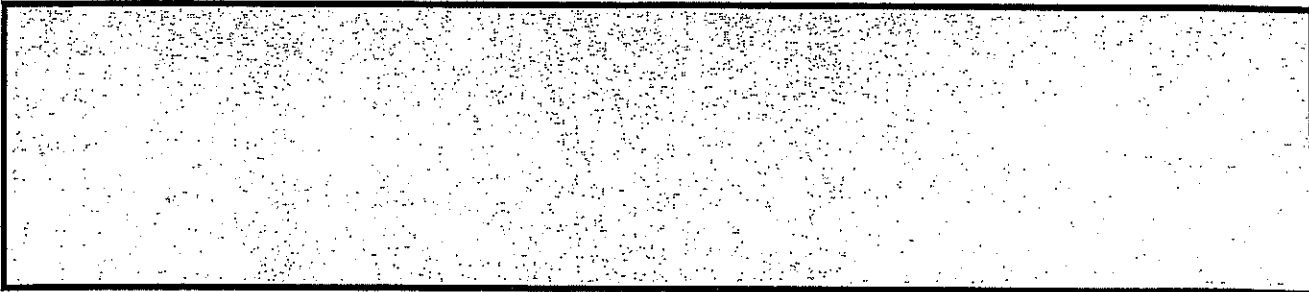
**Directions:** Please find the number of persons in your household, and then check the box that contains the amount of annual household income. **INCOME** is defined as the total annual income of all family and non-family members 18+ years old living within the household. All sources of income must be counted from all persons in the household based on anticipated income expected within the next 12 months.

Please check your Income Range based on your household size (for example if there are 5 people in your household, go to Household of 5; if there are 8 or more in your household go to Household of 8):

- |                  |                                         |                                              |                                              |                                              |                                     |
|------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|
| House hold of 1: | <input type="checkbox"/> \$0 - \$ 8,827 | <input type="checkbox"/> \$ 8,828 - \$11,770 | <input type="checkbox"/> \$11,771 - \$14,712 | <input type="checkbox"/> \$14,713 - \$17,655 | <input type="checkbox"/> \$17,656 + |
| Household of 2:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$11,947 | <input type="checkbox"/> \$11,948 - \$15,930 | <input type="checkbox"/> \$15,931 - \$19,912 | <input type="checkbox"/> \$19,913 - \$23,895 | <input type="checkbox"/> \$23,896 + |
| Household of 3:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$15,067 | <input type="checkbox"/> \$15,068 - \$20,090 | <input type="checkbox"/> \$20,091 - \$25,112 | <input type="checkbox"/> \$25,113 - \$30,135 | <input type="checkbox"/> \$30,136 + |
| Household of 4:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$18,187 | <input type="checkbox"/> \$18,188 - \$24,250 | <input type="checkbox"/> \$24,251 - \$30,312 | <input type="checkbox"/> \$30,313 - \$36,375 | <input type="checkbox"/> \$36,376 + |
| Household of 5:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$21,307 | <input type="checkbox"/> \$21,308 - \$28,410 | <input type="checkbox"/> \$28,411 - \$35,512 | <input type="checkbox"/> \$35,513 - \$42,615 | <input type="checkbox"/> \$42,616 + |
| Household of 6:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$24,427 | <input type="checkbox"/> \$24,428 - \$32,570 | <input type="checkbox"/> \$32,571 - \$40,712 | <input type="checkbox"/> \$40,713 - \$48,855 | <input type="checkbox"/> \$48,856 + |
| Household of 7:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$27,547 | <input type="checkbox"/> \$27,548 - \$36,730 | <input type="checkbox"/> \$36,731 - \$45,912 | <input type="checkbox"/> \$45,913 - \$55,095 | <input type="checkbox"/> \$55,096 + |
| Household of 8:  | <input type="checkbox"/> \$0 - \$30,667 | <input type="checkbox"/> \$30,668 - \$40,890 | <input type="checkbox"/> \$40,891 - \$51,112 | <input type="checkbox"/> \$51,113 - \$61,335 | <input type="checkbox"/> \$61,336 + |

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



**Subvención en Bloque para el Desarrollo de la Comunidad (CSBG)  
Formulario de autocertificación del participante en el programa**

Este programa cuenta con la financiación de la Subvención en Bloque para el Desarrollo de la Comunidad (CSBG), provisto por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Oficina de Servicios Comunitarios de la Administración para Niños y Familias, a través del Departamento de Estado del Estado de Nueva York, División de Servicios Comunitarios. *Usted debe llenar este formulario para documentar su elegibilidad para participar en este programa.*

**Indicaciones:** encuentre la cantidad de personas que viven en su casa y, luego, marque el cuadro que contiene el monto del ingreso anual familiar. **INGRESO** se define como el total anual de ingresos de todos los miembros de la familia y aquellas personas que no pertenecen a la familia, son mayores de 18 años de edad y viven bajo el mismo techo. Se deben considerar todas las fuentes de ingreso inclusive a todas las personas en la casa basándose en el ingreso esperado en el plazo de los próximos 12 meses.

Marque su rango de ingresos en función de la cantidad de integrantes de su familia (por ejemplo, si hay 5 personas que viven bajo su mismo techo, marque Hogar con 5 miembros; si hay 8 o más vaya a Hogar con 8 miembros):

Hogar de 1 miembro:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$ 8,910	<input type="checkbox"/> \$ 8,911 - \$11,880	<input type="checkbox"/> \$11,881 - \$14,850	<input type="checkbox"/> \$14,851 - \$17,820	<input type="checkbox"/> \$17,821 +
Hogar de 2 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$12,015	<input type="checkbox"/> \$12,016 - \$16,020	<input type="checkbox"/> \$16,021 - \$20,025	<input type="checkbox"/> \$20,026 - \$24,030	<input type="checkbox"/> \$24,031 +
Hogar de 3 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$15,120	<input type="checkbox"/> \$15,121 - \$20,160	<input type="checkbox"/> \$20,161 - \$25,200	<input type="checkbox"/> \$25,201 - \$30,240	<input type="checkbox"/> \$30,241 +
Hogar de 4 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$18,225	<input type="checkbox"/> \$18,226 - \$24,300	<input type="checkbox"/> \$24,301 - \$30,375	<input type="checkbox"/> \$30,376 - \$36,450	<input type="checkbox"/> \$36,451 +
Hogar de 5 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$21,330	<input type="checkbox"/> \$21,331 - \$28,440	<input type="checkbox"/> \$28,441 - \$35,550	<input type="checkbox"/> \$35,551 - \$42,660	<input type="checkbox"/> \$42,661 +
Hogar de 6 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$24,435	<input type="checkbox"/> \$24,436 - \$32,580	<input type="checkbox"/> \$32,581 - \$40,725	<input type="checkbox"/> \$40,726 - \$48,870	<input type="checkbox"/> \$48,871 +
Hogar de 7 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$27,547	<input type="checkbox"/> \$27,548 - \$36,730	<input type="checkbox"/> \$36,731 - \$45,912	<input type="checkbox"/> \$45,913 - \$55,095	<input type="checkbox"/> \$55,096 +
Hogar de 8 miembros:	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$30,667	<input type="checkbox"/> \$30,668 - \$40,890	<input type="checkbox"/> \$40,891 - \$51,112	<input type="checkbox"/> \$51,113 - \$61,335	<input type="checkbox"/> \$61,336 +

A mi leal saber y entender la información brindada es verdadera. Acepto la verificación de la información y entiendo que su falsificación es fundamento para mi remoción de los programas de la Subvención en Bloque para el Desarrollo de la Comunidad (CSBG).

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma obligatoria si el postulante es menor de 18 años de edad)

Organización: \_\_\_\_\_

Especialista/personal de admisión \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

