



¡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 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:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ Bienvenida y paquete de inscripción (esta página)■ Datos del participante (página 2)■ Salud y seguridad del participante (página 3) | <ul style="list-style-type: none">■ 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.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ Secundaria (9^{no}-12^{mo} grado)■ Adultos (mayores de 18 años) | <ul style="list-style-type: none">■ Secundaria (9^{no}-12^{mo} grado)■ Adultos (mayores de 18 años) |
|--|--|

Los programas **BRÚJULA** son más de 800 programas destinados a jóvenes inscritos entre kínder y 12^{mo} 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.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ Primaria (K-5^{to} grado)■ SONYC Escuela Intermedia (6^{to}-8^{vo} grado) | <ul style="list-style-type: none">■ Transición a secundaria (9^{no}-10^{mo} 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.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ 5-12 años■ 13-15 años | <ul style="list-style-type: none">■ 16-21 años■ Adulto |
|--|---|

1 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*	Nombre*
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*	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"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No responde
Principal idioma hablado en el hogar*	Otro(s) idioma(s)			

Situación laboral o

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:	Si la respuesta es positiva:
Si NO es estudiante, por favor indique el último nivel educativo completado:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parcial <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
Indique si alguien más en su hogar participa en este programa. Escriba nombre(s) y apellido(s).	

Otro

② PARTICIPANTE SEGURIDAD

Si hay alguna emergencia, contacte a las siguientes personas:

①

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

②

NOMBRE*				
Buscar*	<input type="checkbox"/> Esta persona puede buscar a mi hijo(a).			
Dirección				
Ciudad, Estado				
Código postal				
RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE:				
Contacto:	Anote todos los números e indique a cual llamar en caso de emergencia:			
	<input type="checkbox"/> Casa			
	<input type="checkbox"/> Celular			
	<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"/> Otras alergias (favor especifique) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca (ej. soplo cardiaco, presión arterial) | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Aparatos correctivos (ej. muletas, dispositivo auditivo, anteojos) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) | |

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 le 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: _____

Otra información del hogar y familia

El participante vive en vivienda: (*Indique todo lo que corresponda*) Alquilada Propia de NYCHA

O el participante es: Indigente Otro:

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:

Sí No

¿El participante o algún miembro de su familia recibe asistencia pública?

Sí No

Ingreso familiar anual bruto:

\$ _____

El jefe del hogar donde vive el 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: _____

ENCUESTA DE INTERESES DEL PARTICIPANTE

Intereses/actividades	<input checked="" type="checkbox"/> Gustos/fortalezas	 Desagradados/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 | |

Consentimiento del padre o tutor legal

El **Departamento de Juventud y Desarrollo Comunitario (DYCD)** ofrece financiamiento como parte de su misión de ayudarle 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**

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 parente 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 parente o tutor legal

Firma del parente o tutor legal

Fecha

Nombre del otro parente o tutor legal (opcional)

Firma del parente tutor legal adicional

Fecha

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 DYCD.
- 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) 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, 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.