

Coalition for Hispanic Family Services

Arts & Literacy 2019

Summer Camp

for children currently in Kindergarten through 5th Grade

July to August

Monday through Friday
8 AM- 6 PM

Camp Location:

To be Determined

Drop Off **COMPLETED** Applications

315 Wyckoff Avenue, 5th Floor
corner of Gates Avenue
718) 497-6090, Extension 318/598

Application Drop Off Times:

Monday – Friday 10:30 AM – 12:30 PM

Monday – Friday 3PM – 6:30PM

MANDATORY PARENT ORIENTATION

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

Arts & Literacy Afterschool Families priority deadline April 1st

Space is Limited!!

Coalición de Servicios para la Familia Hispana

Programa de las Artes 2018

Campamento de Verano

Para niños en Kínder hasta 5to Grado

Julio – Agosto

Lunes a Viernes
8 AM - 6 PM

Ubicación:

Sera Determinada

Solo entregue aplicaciones **COMPLETAS**

a

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

Hora para Entregar Aplicaciones:

Lunes – Viernes 10:30 AM – 12:30 PM

Lunes - Viernes 3 PM – 6:30PM

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

Orientación de Padres es obligatorio

Prioridad para las familias del Programa de las Artes es el 1 de Abril

Espacio es Limitado!!!

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

315 Wyckoff Avenue, 5th Floor
Brooklyn, NY 11237
Phone: 718-497-6090 ext. 318/598
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 _____.

2019 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
- Contact Information
- Parent/Guardian Information
- Health Information
- Additional Applicant Information
 - Household Information
 - Consents and Signatures
 - Policies
- Medical Form- Physical

*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, 5th Floor

Brooklyn, NY 11237

Phone: 718-497-6090 ext. 318/598

Fax: 718-4970-9495

(ATTACH TWO 2X2 (PHOTOS))

If your child has been enrolled in the previous year,

please state if:

Verano _____ Año.

Otoño _____ Año.

Primavera _____ Año.

Fecha de Aplicacion _____.

APLICACION PARA CAMPAMENTO DE VERANO 2019

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 completas serán aceptadas! ***

Compruebe apagado

- Dos fotos de niño
- Información del participante
- Información de contacto
- Información del padre/del guarda
- Información de la salud
- Información Adicional del Solicitante
- Información sobre el hogar
- Consentimientos y Firmas
- Reglas
- Formulario Medico - Físico

*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** del **¡DOCTOR!**

Office Use Only	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



DYCD Universal Participant Intake: Youth & Adult Application

Welcome to the Department of Youth and Community Development (DYCD)! DYCD is a New York City agency that funds programs for youth and families. These programs are operated by Community Based Organizations (CBOs). This form will allow you or your child to apply to a DYCD Comprehensive Afterschool System (COMPASS),

Beacon, or Cornerstone youth or adult program. Please complete this form fully and return to the CBO that operates the program. One application will be accepted per person per site. **Submission of an application does not guarantee enrollment in the program.** Further paperwork and information may be required to determine program eligibility. If accepted, program will be **at no cost** to the participant. The following application items are collected for informational and program planning purposes only: *Income, Gender, Race, Ethnicity, Language, Population Type, Household Information and Health Insurance Status.* Responses to these questions will not impact your eligibility to receive services and will not be shared outside of DYCD without the applicant's permission.

Part I: Applicant Information

For the purposes of this application, **applicant** refers to the person applying to receive services. Select one:

- I am completing this application for myself
- I am a parent or guardian completing this application for my child
- I am a relative/non-relative, completing this application on behalf of the applicant

Applicant's First Name:		Applicant's Last Name:		MI:
Applicant's Date of Birth (MM/DD/YEAR):				
Applicant's Gender (Select One):		Applicant's Race (Select all that Apply):		Applicant's Ethnicity (Select One):
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Gender Nonconforming		<input type="checkbox"/> American Indian and Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African- American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian and Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White or Caucasian <input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino(a) <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino(a)
Applicant's Primary Address (Number and Street):				Apt. Number:
City:				Zip Code:
<input type="checkbox"/> Applicant lives in a NYCHA Development (please provide name) _____				

Office Use Only	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



Admisión universal de participantes del DYCD: *Solicitud para jóvenes y adultos*

¡Bienvenido al Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés)! El DYCD es un organismo de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. Estos programas son dirigidos por organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés). El presente formulario le permitirá a usted o a su hijo solicitar la participación en el Sistema Integral Extracurricular (COMPASS, por sus siglas en inglés) o en un programa Beacon o Cornerstone para jóvenes o adultos. Llene este formulario por completo y entréguelo a la CBO que dirige el programa. Se aceptará solo una solicitud por persona por cada lugar. **La presentación de la solicitud no garantiza la inscripción al programa.** Es posible que se exijan otros documentos e información para determinar la elegibilidad para el programa. Si se acepta la solicitud, el programa **no tendrá ningún costo** para el participante. Los siguientes datos de la solicitud se recopilan con fines exclusivamente informativos y de planificación del programa: *ingresos, género, raza, etnia, idioma, tipo de población, información sobre el hogar y situación de seguro médico.* Las respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir nuestros servicios y no se compartirán fuera del DYCD sin el permiso del solicitante.

Parte I: Información del solicitante

A los fines de esta solicitud, **solicitante** hace referencia a la persona que solicita recibir el servicio. Seleccione una opción:

- Completo esta solicitud para mi
- Soy padre/madre o tutor y completo esta solicitud para mi hijo/a
- Soy familiar/no familiar y completo esta solicitud de parte del solicitante

Nombre del solicitante:		Apellido del solicitante:		Inicial seg. nombre:
Fecha de nacimiento del solicitante (DD/MM/AAAA):				
Género del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No conforme con el género		Raza del solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro		Grupo étnico del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino
Dirección principal del solicitante (<i>calle y número</i>):			Número de apartamento:	
Ciudad:			Código postal:	
<input type="checkbox"/> El solicitante vive en un complejo de NYCHA (proporcione el nombre) _____				

Part II: Contact Information

Applicant's Contact Information

For youth without contact information, skip to the next section to provide parent/guardian contact information

Write down phone numbers for the applicant and circle the preferred method of contact:

Home _____ Cell _____
 Work _____ Email _____ No Email

Parent/Guardian Information

This section is required for Applicants under 18

Parent/Guardian Name: _____

Write down all phone numbers and circle the best number to call in case of an emergency:

Home _____ Cell _____
 Work _____ Email _____ No Email

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Same as Participant

Emergency Contact Information

At least one emergency contact must be identified

Emergency Contact #1 Name: _____ **Relationship to Participant:** _____
 Emergency contact is parent/guardian of participant

Write down all phone numbers and circle the best number to call in case of an emergency:

Home _____ Cell _____
 Work _____ Email _____ No Email

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Same as Participant

Emergency Contact #2 Name: _____ **Relationship to Participant:** _____
 Emergency contact is parent/guardian of participant

Write down all phone numbers and circle the best number to call in case of an emergency:

Home _____ Cell _____
 Work _____ Email _____ No Email

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Same as Participant

Parte II: Información de contacto

Información de contacto del solicitante

Si no posee información de contacto del joven, pase a la siguiente sección y proporcione la información de contacto de su padre, madre o tutor

Escriba los números de teléfono del **solicitante** y encierre en un círculo la vía de contacto de preferencia:

Casa _____ Móvil _____
 Trabajo _____ Correo electrónico _____ No poseo correo electrónico

Información del padre, madre o tutor

Esta sección es obligatoria para los solicitantes menores de 18 años

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:

Casa _____ Móvil _____
 Trabajo _____ Correo electrónico _____ No poseo correo electrónico

Dirección: <input type="checkbox"/> La misma que la del participante	Ciudad: 	Estado: 	Código postal:
--	------------------------	------------------------	-------------------------------

Información del contacto de urgencia

Se debe identificar a al menos un contacto de urgencia

1	Contacto de urgencia n.º 1:	Relación con el participante: <input type="checkbox"/> El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del participante		
	Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:			
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Móvil _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No poseo correo electrónico			
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma que la del participante		Ciudad: 	Estado: 	Código postal:
2	Contacto de urgencia n.º 2:	Relación con el participante: <input type="checkbox"/> El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del participante		
	Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:			
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Móvil _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No poseo correo electrónico			
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma que la del participante		Ciudad: 	Estado: 	Código postal:



This section is for parents/guardians enrolling their children

Emergency contacts listed in Section II are authorized to pick up the child unless otherwise noted.

The following additional people are authorized to pick up my child:

Name: _____ Phone #: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone #: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone #: _____ Relationship: _____

The following people MAY NOT pick up my child:

Name: _____ Name: _____ Name: _____

Part III: Applicant's Education/Work Status

Applicant's Education Status (Select One):

- Full-Time Student*** Part-Time Student*** Not in School****

***If applicant is a *Part-Time Student* or *Full-Time Student*: **Select applicant's current grade (Select One):**

****If applicant is *Not in School*: **Select the last grade completed by the applicant (Select One):**

Elementary School: Pre-K K 1st 2nd 3rd 4th 5th

Middle School: 6th 7th 8th

High School: 9th 10th 11th 12th

Community College: 1st year 2nd Year 3rd year 4th Year 5th year 6th Year+

College/University: Freshman Sophomore Junior Senior

Other: High School Equivalence (HSE) Vocational/Trade School Foreign Degree

Applicant's Current Work Status (Select One):

- Employed Full-Time Employed Part-Time Retired
 Unemployed (Short-Term, 6 months or less) Unemployed (Long-term, more than 6 months) Unemployed (Not in labor force)
 Migrant Seasonal Farm Worker Not applicable (applicant is under 14 years of age)

Required for Full-Time Students

Student ID/ OSIS:

School Type:

- Public Charter Private Other _____

School Name:

School Address:

City:

Zip Code:

Esta sección es para los padres o tutores que inscriben a sus hijos

Los contactos de urgencia identificados en la Sección II tienen autorización para recoger al niño a menos que se exprese lo contrario.

Autorizo a las siguientes personas adicionales a recoger a mi hijo:

Nombre: Relación: Número de teléfono:

Nombre: Relación: Número de teléfono:

Nombre: Relación: Número de teléfono:

Las siguientes personas NO PUEDEN recoger a mi hijo:

Nombre: Nombre: Nombre:

Parte III: Situación educativa o laboral del solicitante

Situación educativa del solicitante (Seleccione una opción):

Alumno de tiempo completo*** Alumno de medio tiempo*** No asiste a la escuela****

***Si el solicitante es un *alumno de medio tiempo* o un *alumno de tiempo completo*: **Seleccione el grado escolar del solicitante** (Seleccione una opción):

****Si el solicitante *no asiste a la escuela*: **Seleccione el último grado escolar completado por el solicitante** (Seleccione una opción):

Escuela primaria Jardín infantil Preescolar 1.º 2.º 3.º 4.º 5.º

Escuela media: 6.º 7.º 8.º

Escuela secundaria: 9.º 10.º 11.º 12.º

Colegio comunitario: 1.º año 2.º año 3.º año 4.º año 5.º año 6.º año o superior

Educación superior o universitaria: 1.º año 2.º año 3.º año 4.º año

Otro: Equivalencia de escuela secundaria (HSE) Escuela vocacional o de comercio
 Título extranjero

Situación laboral actual del solicitante (Seleccione una opción):

Empleado de tiempo completo Empleado de medio tiempo Jubilado
 Desempleado (de corta duración, 6 meses o menos) Desempleado (de larga duración, más de 6 meses) Desempleado (No parte de la población activa)

Obligatorio para alumnos de tiempo completo

Id./OSIS del alumno:

Tipo de escuela

Pública Subvencionada Privada Otra _____

Nombre de la escuela:

Dirección de la escuela:

Ciudad:

Código postal:

Part IV: Health Information

Applicant's Health Information

*Please answer the questions below and provide additional details in the space provided.
Many needs or health challenges can be accommodated and may not limit enrollment in the program.*

Does the applicant have any allergies? (food, medication, etc.)

No Yes _____

Does the applicant have asthma?

No Yes

Does the applicant have special health care needs?

No Yes _____

Does the applicant take medication for any condition or illness?

No Yes _____

Are there activities the applicant cannot participate in?

No Yes _____

Please provide any additional health information details:

N/A

Please list any accommodation(s) you are requesting for yourself/the applicant:

N/A

Applicant's Health Insurance Status

Does the applicant have health insurance? (Select One):

Yes No
 Decline to Answer

If yes, what kind of health insurance does the applicant have?
(Check all that Apply):

Medicaid Medicare State Children's Health Insurance Program
 Employment-Based Direct-Purchase State Children's Health Insurance for Adults
 Military Health Care Decline to Answer

If you do not have health insurance, do you want to be contacted by someone else with information about signing up for public health insurance? (Select One):

Yes No Decline to Answer

If you would like to be contacted about signing up for public health insurance, what is your preferred method of contact? (Select One):

Email Phone US Mail Via provider
 Decline to Answer

Parte IV: Información de salud

Información de salud del solicitante

Responda las preguntas que figuran a continuación y brinde información adicional en el espacio proporcionado.

El programa puede adaptarse a muchas necesidades o problemas de salud a fin de no limitar la inscripción.

¿Tiene el solicitante alguna alergia? (A alimentos, medicación, etc.).

No Sí _____

¿Tiene el solicitante asma?

No Sí _____

¿Requiere el solicitante alguna atención médica especial?

No Sí _____

¿Toma el solicitante medicación por alguna afección o enfermedad?

No Sí _____

¿Existen actividades en las que el solicitante no pueda participar?

No Sí _____

Brinde la información de salud adicional que resulte necesaria:

No corresponde

Enumere la(s) adaptación(es) que solicita para usted o el solicitante:

No corresponde

Situación de seguro médico del solicitante

¿Cuenta el solicitante con un seguro médico? (Seleccione una opción):

Sí No
 Me niego a responder

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de seguro médico posee el solicitante?
(Marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños del estado |
| <input type="checkbox"/> Del empleo | <input type="checkbox"/> De adquisición directa | <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para adultos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica para Veteranos | | <input type="checkbox"/> Me niego a responder |

Si no posee seguro médico, ¿desea que una persona se comunice con usted para brindarle información sobre el registro en un seguro médico público? (Seleccione una opción):

Sí No Me niego a responder

Si desea recibir información sobre el registro en un seguro médico público, ¿cuál es su vía de contacto de preferencia? (Seleccione una opción):

- Correo electrónico Teléfono Correo de EE. UU.
 A través del proveedor Me niego a responder

Part V: Additional Applicant Information

How well does the applicant speak English?
(Select One):

- Fluent/Very well
- Well
- Not well
- Not well at all

Applicant's Primary Language (Select One):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Albanian | <input type="checkbox"/> Arabic |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chinese* | <input type="checkbox"/> French |
| <input type="checkbox"/> Fulani | <input type="checkbox"/> German | <input type="checkbox"/> Gujarati |
| <input type="checkbox"/> Haitian Creole | <input type="checkbox"/> Hebrew | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Hungarian | <input type="checkbox"/> Italian | <input type="checkbox"/> Japanese |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Kru, Ibo, or Yoruba | <input type="checkbox"/> Mande |
| <input type="checkbox"/> Punjabi | <input type="checkbox"/> Persian | <input type="checkbox"/> Polish |
| <input type="checkbox"/> Portuguese | <input type="checkbox"/> Romanian | <input type="checkbox"/> Russian |
| <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Turkish |
| <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

**including Cantonese and Mandarin*

Other Languages Spoken by Applicant (Select all that Apply):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Albanian | <input type="checkbox"/> Arabic |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chinese* | <input type="checkbox"/> French |
| <input type="checkbox"/> Fulani | <input type="checkbox"/> German | <input type="checkbox"/> Gujarati |
| <input type="checkbox"/> Haitian Creole | <input type="checkbox"/> Hebrew | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Hungarian | <input type="checkbox"/> Italian | <input type="checkbox"/> Japanese |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Kru, Ibo, or Yoruba | <input type="checkbox"/> Mande |
| <input type="checkbox"/> Punjabi | <input type="checkbox"/> Persian | <input type="checkbox"/> Polish |
| <input type="checkbox"/> Portuguese | <input type="checkbox"/> Romanian | <input type="checkbox"/> Russian |
| <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Turkish |
| <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Not applicable (only one language spoken by applicant) | | |

**including Cantonese and Mandarin*

**Would the applicant like to receive information/
be contacted about registering to vote?***
(Select One):

- Yes No

**Applicant is eligible to vote in U.S. federal elections if:
1) You are a U.S. citizen;
2) You meet your state's residency requirements;
3) You are 18 years old. Some states allow 17-year-olds to vote in primaries and/or register to vote if they will be 18 before the general election. Check your state's voter registration age requirements.

Is the applicant any of the following:

- | | |
|----------------------------------|---|
| Parent/Legal Guardian? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Offender/Justice Involved? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Foster Care Participant? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Runaway Youth? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Veteran? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Active Military Personnel? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| An Individual with a Disability? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Decline to answer |

If the applicant is an individual with a disability, please select disability type(s)

(Select all that Apply):

- Cognitive impairment
- Hearing-related
- Learning disability
- Mental or Psychiatric
- Physical/Chronic Health Condition
- Physical/Mobility Impairment
- Vision-related
- Other: _____
- Decline to Answer

Parte V: Información adicional del solicitante

¿Cuál es el nivel de inglés del solicitante?
(Seleccione una opción):

- Fluido o muy bueno
- Bueno
- No muy bueno
- Malo

Idioma principal del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Bengalí | <input type="checkbox"/> Chino* | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Ffulde | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Húngaro | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Kru, igbo, o yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé |
| <input type="checkbox"/> Panyabí | <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Rumano | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Turco |
| <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

**incluidos el cantonés y el mandarín*

Otro idioma hablado por el solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Bengalí | <input type="checkbox"/> Chino* | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Ffulde | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Húngaro | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Kru, igbo, o yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé |
| <input type="checkbox"/> Panyabí | <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Rumano | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Turco |
| <input type="checkbox"/> Urdu | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> No corresponde (el solicitante solo habla un idioma) | | |

**incluidos el cantonés y el mandarín*

¿Le gustaría al solicitante recibir información o que una persona se comunice con él para empadronarse para votar?* (Seleccione una opción):

- Sí No

****El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de Estados Unidos si:**

1. es ciudadano estadounidense;
2. cumple con los requisitos de residencia de su estado;
3. tiene 18 años de edad. Algunos estados les permiten a los ciudadanos de 17 años votar en las elecciones primarias y empadronarse para votar si cumplirán 18 años antes de las elecciones generales. Consulte los requisitos de edad de los votantes para el empadronamiento en su estado.

Es el solicitante:

- | | |
|---|---|
| ¿Padre, madre o tutor legal? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Delincuente o tiene problemas con la Justicia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Participante de Padres de Crianza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Un joven sin hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Veterano? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Personal activo de las Fuerzas Armadas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Un individuo con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Me niego a responder |

Si el solicitante tiene alguna discapacidad, seleccione el (los) tipo(s) de discapacidad (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Cognitiva
- Auditiva
- Problemas de aprendizaje
- Mental o psiquiátrica
- Física/Afección médica crónica
- Física/Impedimento de movilidad
- Visual
- Otra: _____
- Me niego a responder

Part VI: Household Information

For all the next set of questions, **HOUSEHOLD** is defined as any individual or group of individuals (family or non-family members) who are living together as one economic unit. **INCOME** is defined as the total annual gross income of all family and non-family members 18+years old living within the household.

The applicant lives in a household that is headed by
(Select One):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Single Parent - Female | <input type="checkbox"/> Two Adults – No Children |
| <input type="checkbox"/> Single Parent - Male | <input type="checkbox"/> Two Parent Household |
| <input type="checkbox"/> Single Person - No children | <input type="checkbox"/> Multigenerational Household |
| <input type="checkbox"/> Non-related adults with children | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Applicant's Housing Type (Select One):

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Own | <input type="checkbox"/> Rent | <input type="checkbox"/> NYCHA |
| <input type="checkbox"/> Shelter | <input type="checkbox"/> Homeless | |
| <input type="checkbox"/> Other Permanent Housing | | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

Applicant's Household Size (Select One):

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> One | <input type="checkbox"/> Two | <input type="checkbox"/> Three |
| <input type="checkbox"/> Four | <input type="checkbox"/> Five | <input type="checkbox"/> Six |
| <input type="checkbox"/> Seven | <input type="checkbox"/> Eight | <input type="checkbox"/> Nine |
| <input type="checkbox"/> Ten | <input type="checkbox"/> Eleven | <input type="checkbox"/> Twelve |
| <input type="checkbox"/> Thirteen | <input type="checkbox"/> Fourteen | <input type="checkbox"/> Fifteen |
| <input type="checkbox"/> Sixteen | <input type="checkbox"/> Seventeen | <input type="checkbox"/> Eighteen |
| <input type="checkbox"/> Nineteen | <input type="checkbox"/> Twenty+ | |

Total Household Income in the last 12 Months (Select One):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 | <input type="checkbox"/> \$1 to \$12,060 | <input type="checkbox"/> \$12,061 to \$16,240 |
| <input type="checkbox"/> \$16,241 to \$20,420 | <input type="checkbox"/> \$20,421 to \$24,600 | <input type="checkbox"/> \$24,601 to \$28,780 |
| <input type="checkbox"/> \$28,781 to \$32,960 | <input type="checkbox"/> \$32,961 to \$37,140 | <input type="checkbox"/> \$37,141 to \$41,320 |
| <input type="checkbox"/> \$41,321 to \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001 to \$60,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001 to \$70,000 |
| <input type="checkbox"/> \$70,001 to \$80,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001 to \$90,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001 to \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$100,000+ | <input type="checkbox"/> Decline to Answer | |

Sources of Applicant's Household Income (Select all that Apply):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Employment Wages | <input type="checkbox"/> Affordable Care Act Subsidy | <input type="checkbox"/> Alimony or other Spousal Support | <input type="checkbox"/> Child Support |
| <input type="checkbox"/> Childcare Voucher | <input type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (EITC) | <input type="checkbox"/> Employment Tax Credit | <input type="checkbox"/> General Assistance |
| <input type="checkbox"/> Housing Choice Voucher | <input type="checkbox"/> HUD-VASH | <input type="checkbox"/> LIEHEAP | <input type="checkbox"/> Pension |
| <input type="checkbox"/> Permanent Supportive Housing | <input type="checkbox"/> Private Disability Insurance | <input type="checkbox"/> Public Housing | <input type="checkbox"/> Safety Net/Home Relief |
| <input type="checkbox"/> Retirement Income from Social Security | <input type="checkbox"/> Social Security Disability Income (SSDI) | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF) | <input type="checkbox"/> Unemployment Insurance | <input type="checkbox"/> VA Non-Service Connected Disability Pension | <input type="checkbox"/> VA Service-Connected Disability Compensation |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Worker's Compensation | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Decline to Answer

Parte VI: Información sobre el hogar

Para la siguiente serie de respuestas, **HOGAR** se define como cualquier individuo o grupo de individuos (sean miembros de una familia o no) que viven juntos y conforman una unidad económica. **INGRESOS** se define como el total de ingresos brutos anuales de todos los miembros y no miembros de la familia de más de 18 años que viven en el hogar.

El solicitante vive en un hogar encabezado por:

(Seleccione una opción):

- Una madre soltera
 Un padre soltero
 Una persona soltera sin hijos
 Adultos no emparentados con hijos
 Otro: _____
- Dos adultos sin hijos
 Dos padres
 Hogar multigeneracional

Tipo de hogar del solicitante (Seleccione una opción):

- Propio
 Refugio
 Otro tipo de vivienda permanente
 Otro: _____
- Alquilado
 Sin hogar
 NYCHA

Integrantes del hogar del solicitante (Seleccione una opción):

- Cuatro
 Siete
 Diez
 Trece
 Dieciséis
 Diecinueve
- Cinco
 Ocho
 Once
 Catorce
 Diecisiete
 Veinte o más
- Seis
 Nueve
 Doce
 Quince
 Dieciocho

Ingreso total del hogar en los últimos 12 meses (Seleccione una opción):

- USD 0
 USD 16.241 a USD 20.420
 USD 28.781 a USD 32.960
 USD 41.321 a USD 50.000
 USD 70.001 a USD 80.000
 USD 100.000 o más
- USD 1 a USD 12.060
 USD 20.421 a USD 24.600
 USD 32.961 a USD 37.140
 USD 50.001 a USD 60.000
 USD 80.001 a USD 90.000
 Me niego a responder
- USD 12.061 a USD 16.240
 USD 24.601 a USD 28.780
 USD 37.141 a USD 41.320
 USD 60.001 a USD 70.000
 USD 90.001 a USD 100.000

Fuentes de los Ingresos Del Hogar del Solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Empleo remunerado
 Vale de Cuidado de Niños
 Vale de Elección de Viviendas
 Vivienda de Apoyo Permanente
 Ingreso de jubilación del Seguro Social
 Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio
 Crédito por Ingreso del Trabajo (EITC)
 Programa HUD-VASH
 Seguro privado por discapacidad
 Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
 Seguro de Desempleo
 Compensación de Trabajadores
- Pensión alimenticia u otra manutención conyugal
 Crédito por Impuesto al Trabajo
 Programa LIHEAP
 Vivienda Pública
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 Compensación para Veteranos por discapacidades no relacionadas al servicio
 Otro: _____
- Sustento de Menores
 Asistencia general
 Pensión
 Ayuda al hogar (Home Relief) / Red de Seguridad
 Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)
 Compensación para Veteranos por discapacidades relacionadas al servicio
 Me niego a responder

Part VII: Consents and Signatures

Pick-up/Dismissal Information

This question must be answered for parents/guardians enrolling their children

My child has permission to travel home alone at dismissal:

Yes No

Consent to Participate

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 and access to those services, and to access additional funding.

If participant is 18 and over:

I acknowledge that I am 18 years of age or older and am authorized to give consent.

Yes No

Participant's Signature

Participant: Print Name

Date

If participant is under 18 years old:

Parent/Guardian's Signature

Parent/Guardian: Print Name

Date

Consent for Emergency Medical Treatment

If participant is 18 and over

I am enrolled as a participant in a DYCD-funded program. In the event of a medical emergency, I hereby give consent for necessary emergency medical treatment to be obtained on my behalf. I further authorize the emergency contact(s) listed to be contacted.

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

Participant's Signature

Participant: Print Name

Date

If participant is under 18 years old:

My child is enrolled as a participant in a DYCD-funded program. In the event of a medical emergency, I hereby give consent for necessary emergency medical treatment for my child to be obtained, with the understanding that I will be notified as soon as possible. I understand that every effort will be made to contact me, or, if I am unavailable, the emergency contact(s) listed, before and after medical care is provided.

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

Parent/Guardian's Signature

Parent/Guardian: Print Name

Date

Parte VII: Consentimientos y firmas

Información para la salida y para recoger al niño

Los padres o tutores que inscriban a sus hijos deben responder esta pregunta

Mi hijo tiene permiso para regresar a casa solo a la salida:

Sí No

Consentimiento para la participación

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y comprendo que su falsificación puede provocar la cancelación del servicio. La ciudad de Nueva York puede utilizar la información proporcionada para mejorar los servicios de la ciudad y el acceso a ellos, así como para acceder a un financiamiento complementario.

Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y que poseo autorización para brindar mi consentimiento.

Sí No

Firma del participante

Participante: Nombre en imprenta

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Firma del padre, madre o tutor

Padre, madre o tutor: Nombre en imprenta

Fecha

Consentimiento para el tratamiento médico de urgencia

Si el participante tiene 18 años o más

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por el DYCD. En caso de urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de urgencia. Además autorizo la comunicación con el (los) contacto(s) de urgencia mencionados.

Sí, doy mi permiso

No, no doy mi permiso

Firma del participante

Participante: Nombre en imprenta

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento para recibir el tratamiento médico de urgencia necesario para mi hijo, comprendiendo que me notificarán lo antes posible. Comprendo que harán todo lo posible por contactarme o, si no estoy disponible, que se comunicarán con el contacto de urgencia, antes y después de que se preste la atención médica.

Sí, doy mi permiso

No, no doy mi permiso

Firma del padre, madre o tutor

Padre, madre o tutor: Nombre en imprenta

Fecha

Consent for Photography/Videotaping and Use of Original Work

As a participant enrolled in a DYCD-funded program, please be aware that from time to time DYCD and the City of New York, its contracted providers, authorized agents, third-party organizations with which it collaborates, or other government, representatives (collectively, "Authorized Parties") may be present during program activities and special events associated with program services, both at the usual program location and at off-site events. In some cases, they may photograph, videotape, interview or otherwise record participants and their families and friends in these programs. The resulting images, videos, and interviews may be used, with or without the participant's name, in printed and electronic media such as brochures, books, print and email newsletters, DVDs and videos, websites, social media and blogs (collectively, "Media").

I hereby authorize and permit the Authorized Parties, without compensation and without further approval, to photograph and/or record my and my child's image, name, likeness, and the sound of my and my child's voice during DYCD-funded program activities and special events, and I hereby consent to the resulting images, videos and interviews being used, without compensation and without further approval by the Authorized Parties solely for non-profit, non-commercial purposes in any and all Media.

Yes No

If, in the course of participating in DYCD-funded program activities and special events, any original work such as art, music, choreography, poetry, or prose (collectively, "Original Work") is created by me or my child, I hereby consent to such Original Work being used by the Authorized Parties, without compensation and without further approval, solely for non-profit, non-commercial purposes in any and all Media.

Yes No

If participant is 18 and over:

I acknowledge that I am 18 years of age or older and am authorized to give consent.

Yes No

Full Name of Participant

Participant's Signature

Date

If participant is under 18 years old:

Full Name of Participant

Parent/Guardian's Signature

Date

Consentimiento para la toma de fotografías y videofilmación, y para el uso de obras originales

Como participante inscrito en un programa financiado por el DYCD, tenga en cuenta que ocasionalmente el DYCD y la ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones externas con las que colabora y otros representantes gubernamentales (en conjunto, las "Partes Autorizadas") pueden estar presentes durante las actividades y eventos especiales del programa relacionados con los servicios del programa, tanto en la ubicación donde se desarrolla el programa habitualmente como en los eventos realizados en otros sitios. En algunos casos, es posible que fotografíen, filmen, entrevisten o registren de algún otro modo a los participantes y a sus familias y amigos durante el transcurso de estos programas. Las imágenes, videos y entrevistas resultantes pueden ser utilizados, con o sin el nombre del participante, en medios impresos o electrónicos, como folletos, libros, boletines impresos o electrónicos, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (en conjunto, los "Medios").

Por el presente permito y autorizo a las Partes Autorizadas, sin compensación y sin más consentimiento, a fotografiar o registrar la imagen, el nombre y el aspecto míos y de mi hijo, así como el sonido de mi voz y de la de mi hijo, durante las actividades y los eventos especiales del programa financiado por el DYCD, y consiento, sin compensación y sin más consentimiento, a que las Partes Autorizadas utilicen las imágenes, videos y entrevistas resultantes exclusivamente sin fines de lucro y sin fines comerciales en cualquier Medio.

Sí No

Si durante el curso de la participación en las actividades y eventos especiales del programa financiado por el DYCD mi hijo o yo creamos alguna obra original, como arte, música, coreografía, poesía o prosa (en conjunto, la "Obra Original"), por el presente doy mi consentimiento a que las Partes Autorizadas, sin compensación y sin más consentimiento, utilicen dicha Obra Original exclusivamente sin fines de lucro y sin fines comerciales en cualquier Medio.

Sí No

Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y que poseo autorización para brindar mi consentimiento.

Sí No

Nombre completo del participante

Firma del participante

Fecha

Si el participante es menor de 18 años:

Nombre completo del participante

Firma del padre, madre o tutor

Fecha



Parent/Guardian Consent to Collect and Share Student Information

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.

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 needs.

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, and provided extensive training to follow strict guidelines on protecting the confidentiality of information that would personally identify you or your child. Personally identifiable information collected from student records will only be shared electronically between DOE and DYCD and will be secured and protected in the DYCD data base. Personally identifiable information will not be shared with any community based organizations or their staff members. We will not use your name or your child's name in any published report. While we request your consent, your responses to the below requests will not affect your child's participation in DYCD sponsored programs.

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

I understand why DYCD is asking my permission to access the information listed above from my child's student records, and I give permission to DOE to share that information with DYCD on an ongoing basis.

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

I understand why DYCD is asking my permission to share information about my child collected by DYCD with DOE staff and I give my permission to DYCD to share information with DOE on an ongoing basis.

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

Student/Applicant Name: _____

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Additional Parent/Guardian Name (optional): _____

Additional Parent/Guardian Signature (optional): _____



Consentimiento del padre, madre o tutor a la recopilación y divulgación de información del alumno

El **Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés)** proporciona financiamiento para este programa como parte de su misión para asistirlo en la tarea de ayudar a su hijo a desarrollar todo su potencial. Muchos de nuestros programas son ejecutados por organizaciones comunitarias. Trabajamos para garantizar que los servicios que usted y su hijo reciban sean de la mayor calidad posible. El DYCD le solicita su permiso para que podamos recopilar información que necesitamos sobre su hijo, la participación y la calidad de los servicios prestados.

¿Qué información de los registros estudiantiles solicita el DYCD?

Le solicitamos su permiso para que el **Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE, por sus siglas en inglés)** comparta con el DYCD información de identidad personal de los registros estudiantiles de su hijo. La información que deseamos recopilar consiste en datos biográficos y de inscripción (específicamente, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del alumno, grado, escuelas a las que asistió y cambios de escuela, alta y graduación de su hijo); información sobre la asistencia de su hijo a la escuela (incluida la cantidad de asistencias y ausencias); información sobre el rendimiento académico (incluidos los resultados que obtuvo su hijo en exámenes estatales y nacionales, los créditos obtenidos, las calificaciones, su situación de promoción y mantenimiento, y su puntaje Fitnessgram); e información relativa a cualquier medida disciplinaria que su hijo haya recibido (incluida la cantidad y el tipo de suspensiones).

Le solicitamos recopilar la información antes mencionada sobre su hijo correspondiente al pasado, presente y futuro (es decir, de forma permanente).

También le solicitamos su permiso para que el DYCD pueda compartir la información sobre la inscripción que recopilamos de usted o de su hijo con el personal del DOE. La información incluye datos de registro, intereses y desafíos del alumno, tipo de programa en el que está inscrito y frecuencia de participación. Esta información se utilizará para ayudar a la escuela y a la organización comunitaria a trabajar en conjunto para satisfacer las necesidades suyas y de su hijo.

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

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo son el personal del DYCD y del DOE que administra los sistemas de datos y prepara los informes de investigación y los análisis de programas. Los pocos empleados del DYCD designados para recibir información personal están sujetos a un estricto control y reciben una exhaustiva capacitación para respetar estrictas pautas de protección de la confidencialidad de la información a través de la cual se podría identificar a usted o a su hijo. La información personal de identificación recopilada a partir de los registros estudiantiles solo será compartida de forma electrónica entre el DOE y el DYCD, y será asegurada y protegida en la base de datos del DYCD. La información de identidad personal no se compartirá con ninguna organización comunitaria ni con su personal. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Si bien solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las preguntas que figuran a continuación no afectarán la participación de su hijo en los programas patrocinados por el DYCD.

Marque Sí o No en cada uno de los siguientes enunciados:

Comprendo por qué el DYCD me solicita permiso para acceder a la información antes mencionada de los registros estudiantiles de mi hijo y doy mi permiso al DOE para que comparta esa información con el DYCD de forma permanente.

Sí, doy mi permiso **No, no doy mi permiso**

Comprendo por qué el DYCD me solicita permiso para compartir con el personal del DOE la información sobre mi hijo recopilada por el DYCD y doy mi permiso al DYCD para que comparta información con el DOE de forma permanente.

Sí, doy mi permiso **No, no doy mi permiso**

Nombre del alumno o solicitante: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del padre, madre o tutor adicional (opcional): _____

Firma del padre, madre o tutor adicional (opcional): _____



CBO: _____

School: _____

Parent Consent for Participation in Afterschool Evaluation Data Collection (SONYC and COMPASS High Participants Only)

Dear Parent:

Your child is enrolled in an afterschool program that is supported by the Department of Youth and Community Development (DYCD). American Institutes for Research (AIR) is doing a study of the afterschool programs that are part of COMPASS. In order to monitor the effectiveness of these programs and ensure their future success, DYCD, and its evaluation partner AIR, are collecting information about participants and their experiences in the afterschool program, specifically around youth leadership development. This project has been approved by the Department of Education (DOE). AIR will visit some of the afterschool programs and survey its staff as well as youth and their families to learn more about DYCD afterschool programs and how they can be improved.

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

- Administer 10-minute surveys to children asking about the DYCD afterschool program in which they participate and their perceptions of youth leadership development in the afterschool program
- Invite children to attend 45-minute focus group and/or interview about the DYCD afterschool program in which they participate, focused on their experience in the afterschool program and their perceptions of youth leadership development

AIR may also collect and analyze of your child's school records from New York City Department of Education, including demographic data, school day attendance, disciplinary referrals, grade promotion, and academic performance data (e.g., test scores and grades). These data are anonymous and completely confidential. The data will be combined to the school-level and we will not be able to link this school information to individual children or their families.

Any information we collect will be used only to assess the DYCD afterschool program and will not be made public. The only people who will have access to this information are members of the AIR evaluation team. Choosing not to **participate in the evaluation will not affect your child in school, in the afterschool program, or in any other way.** We will not use your name or your child's name in any report. There are no known risks to participating in this study. Participation is voluntary and participants may withdraw at any time. Please contact Jessica Newman by phone (312-588-7341) or email (jnewman@air.org) with questions about the study.

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

TURN THE PAGE TO COMPLETE AND SIGN →



CBO: _____

Escuela: _____

Consentimiento de los padres para la participación en la recopilación de datos del programa para después de la escuela (solo participantes de SONYC y COMPASS High)

Estimado padre/madre:

Su hijo/a está inscrito/a en un programa para después de la escuela respaldado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). El Instituto Americano de Investigación (AIR, por sus siglas en inglés) está llevando a cabo un estudio de los programas para después de la escuela que forman parte de COMPASS. A fin de supervisar la efectividad de estos programas y garantizar su éxito en el futuro, el DYCD, junto con su socio de evaluación AIR, están recopilando información acerca de los participantes y sus experiencias en el programa para después de la escuela, específicamente en torno al desarrollo de liderazgo en los jóvenes. Este proyecto fue aprobado por el Departamento de Educación (DOE, por sus siglas en inglés). El AIR visitará algunos de los programas para después de la escuela y encuestará al personal así como a los jóvenes y sus familias para conocer más sobre los programas para después de la escuela del DYCD y cómo mejorarlos.

Les solicitamos permiso a los padres para realizar las siguientes actividades de estudio:

- Realizar encuestas de 10 minutos a los niños para preguntarles acerca del programa para después de la escuela del DYCD en el que participan y para pedirles su opinión sobre el desarrollo del liderazgo juvenil en ese programa.
- Invitar a los niños a participar en una entrevista o grupo de debate de 45 minutos sobre el programa para después de la escuela en el que participan, con énfasis en su experiencia en el programa y su opinión sobre el desarrollo del liderazgo juvenil.

El AIR también podrá recopilar y analizar datos de los registros estudiantiles de su hijo del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, incluidos los datos demográficos, la asistencia escolar, los avisos disciplinarios, la promoción de grado e información sobre el desempeño académico (por ejemplo, resultados y calificaciones de exámenes). Esta información es anónima y completamente confidencial. Los datos se combinarán con el nivel escolar y no podremos vincular esta información con ningún niño ni sus familias de forma individual.

Toda la información que recopilemos se utilizará para evaluar el programa para después de la escuela del DYCD y no se hará pública. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información serán los miembros del equipo de evaluación del AIR. La decisión de no participar en la evaluación no afectará a su hijo en la escuela ni en el programa para después de la escuela, ni tendrá ningún otro efecto sobre su hijo. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe. No existen riesgos conocidos para la participación en este estudio. La participación es voluntaria y los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento. Si tiene preguntas acerca del estudio, comuníquese con Jessica Newman por teléfono al 312-588-7341 o por correo electrónico a jnewman@air.org.

Si tiene alguna inquietud o consulta acerca de los derechos de su hijo como participante, comuníquese con el Comité de Revisión Institucional del AIR (que es responsable de la protección de los participantes de los proyectos) por correo electrónico a IRB@air.org, por teléfono a la línea gratuita 1- 800-634-0797 o por correo postal a IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007.

DÉ VUELTA LA PÁGINA PARA FINALIZAR Y FIRMAR →

Consentimiento del AIR - SONYC y COMPASS High Página 1 de 2

Parent Consent for Participation in Afterschool Evaluation Data Collection

Please select from the options below:

- Yes, I GIVE PERMISSION FOR MY CHILD, _____, TO PARTICIPATE IN THE FOLLOWING AIR DATA COLLECTION ACTIVITIES:*
- My child CAN complete AIR surveys about youth leadership development.*
 - My child CAN attend focus groups and interviews about their experience in the afterschool program and their perceptions of youth leadership development.*
 - Additionally, I would like to receive SMS text message updates about the evaluation of DYCD afterschool programs. AIR can send me text messages for future voluntary surveys. I understand that standard messaging may apply, and I can cancel at any time.*
- No, I DO NOT WANT MY CHILD, _____, TO PARTICIPATE IN THE AIR DATA COLLECTION ACTIVITIES.*

Signature

Date

Consent for Audio Recording

If you gave your child permission to participate in focus groups and interviews, AIR researchers may record the student focus group and interviews for note-taking purposes. If you allow AIR to record the focus group and interviews, please sign below. No one outside of the research team will hear the recording, and the recording will be deleted when the study is concluded. Students can request to have the recorder turned off at any point.

- Yes, I allow my child to be audio-recorded in the focus groups and interviews.*
- No, I do not allow my child to be audio-record in the focus groups and interviews.*

Signature

Date

If you have any questions or concerns about the evaluation, please contact Jessica Newman, the project manager at AIR, at (312) 588-7341 or by email at jnewman@air.org. If you have questions about DYCD afterschool programs, visit DYCD Youth Connect <http://www1.nyc.gov/site/dycd/connected/youth-connect.page> or call by phone at 1-800-246-4646.

COMPASS PROGRAM

Consentimiento de los padres para la participación en la recopilación de datos del programa para después de la escuela

Seleccione las opciones que desee a continuación:

SÍ, DOY MI PERMISO PARA QUE MI HIJO, _____, PARTICIPE EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DEL AIR:

- Mi hijo PUEDE realizar encuestas del AIR acerca del desarrollo del liderazgo juvenil.*
- Mi hijo PUEDE participar en entrevistas y grupos de debate sobre su experiencia en el programa para después de la escuela y ofrecer su opinión sobre el desarrollo del liderazgo juvenil.*
- Asimismo, me gustaría recibir actualizaciones mediante mensajes de texto SMS acerca de la evaluación de los programas para después de la escuela del DYCD. El AIR puede enviarme mensajes de texto para futuras encuestas voluntarias. Comprendo que puede regir la mensajería estándar y que puedo cancelar en cualquier momento.*

NO, NO DESEO QUE MI HIJO, _____, PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DEL AIR.

Firma

Fecha

Consentimiento para la grabación de audio

Si dio su permiso para que su hijo participe en las entrevistas y los grupos de debate, los investigadores del AIR podrán grabar las entrevistas y los grupos de debate para tomar notas. Si le permite al AIR grabar las entrevistas y los grupos de debate, firme a continuación. Ninguna persona que no forme parte del equipo de investigación escuchará la grabación, y esta será eliminada cuando finalice el estudio. Los alumnos pueden solicitar que se apague la grabadora en cualquier momento.

- Sí, permito que se realicen grabaciones de audio de mi hijo durante las entrevistas y los grupos de debate.*
- No, no permito que se realicen grabaciones de audio de mi hijo durante las entrevistas y los grupos de debate.*

Firma

Fecha

Si tiene alguna inquietud o consulta acerca de la evaluación, comuníquese con Jessica Newman, la directora de proyectos del AIR, por teléfono al (312) 588-7341 o por correo electrónico ajnewman@air.org. Si tiene preguntas acerca de los programas para después de la escuela del DYCD, visite DYCD Youth Connect <http://www1.nyc.gov/site/dycd/connected/youth-connect.page> o llame por teléfono al 1-800-246-4646.

PROGRAMA COMPASS

Arts & Literacy **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: _____

COMPASS PROGRAM

El Programa de las Artes 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 7pm on school closing days and Saturday trips.

I also agree to (Please initial each line):

YES/NO _____ (Initial) I agree to update the program if/when my phone number changes to ensure effective communication.

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) I authorize the program to obtain copies of my child's report cards from his/her school also authorize the Staff of the program to speak to my child's' public school teacher regarding his/her academic work and behavior.

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. If in Middle School, I authorize my child to participate in open studio art therapy counseling 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) I authorize my child to participate in workshops, discussions and activities concerning themes of reproductive health, sexual development and positive decision-making in intimate interpersonal relationships. I understand the program policy is to honestly and openly answer all questions that are brought up by students and I give the program permission to do so.

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

YES/NO _____ (Initial) I give permission for my child to travel to other Arts and Literacy sites as well as performance and arts spaces for special events.

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.

Signature of Parent or Guardian

Date

CHFS ARTS & LITERACY UPDATED CONTACT AND PERMISSION FROM

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.-7 p.m. durante el campamento de verano, en los días de cierre de las escuelas y los viajes del sábado.

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

SI/NO _____ (Inicial) Acepto a actualizar el programa si/cuando mi número de teléfono cambie para garantizar una comunicación efectiva.

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 hijo/a de su escuela. También autorizo el personal del programa a hablar con el maestro de la escuela pública de mi hijo/a y el personal de la escuela con respecto a su trabajo y comportamiento académico.

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 y en eventos especiales en otros sitios del programa.

SI/NO _____ (Inicial) Autorizo a mi hijo/a a participar en talleres, discusiones y actividades relacionadas con temas de salud reproductiva, desarrollo sexual y toma de decisiones positivas en relaciones interpersonales íntimas. Entiendo que la política del programa es responder honestamente a todas las preguntas que plantean los estudiantes y dar permiso al programa para hacerlo.

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.

SI/NO _____ (Inicial) Doy permiso para que mi hijo/a viaje a otros programas de las Artes, así como espectáculos artísticos para eventos especiales.

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.

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.

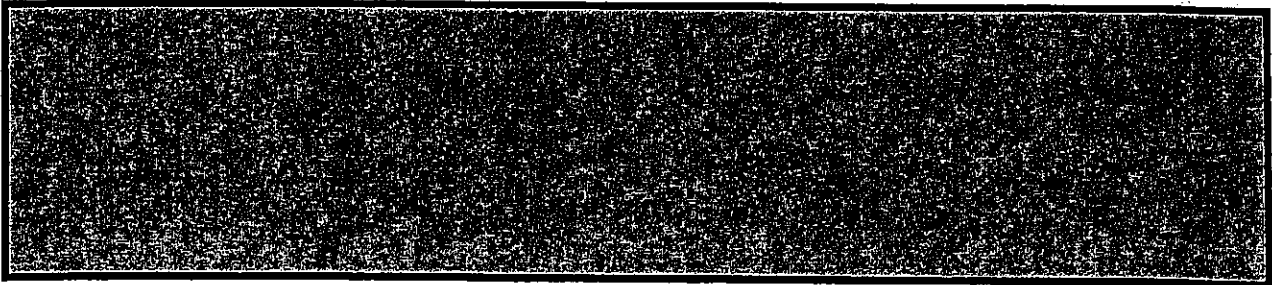
Please check your **Income Range** based on your household size (for example if there are 5 people in your household, go to Household of 5; if there are 8 or more in your household go to Household of 8):

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).

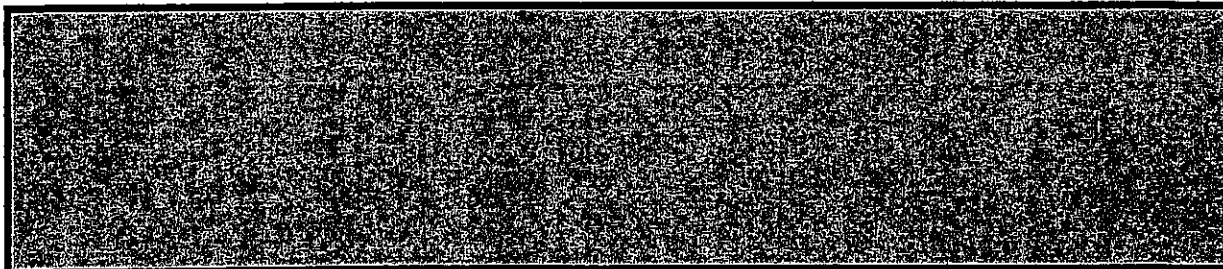
Nombre del solicitante _____

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: _____



CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly
Press Hard

STUDENT ID NUMBER
OSIS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name	First Name	Middle Name	Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____	
Child's Address	Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other			
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name	District Number	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____
Health Insurance (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parent/Guardian Last Name	First Name			
<input type="checkbox"/> Foster Parent					

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER. If "yes" to any item, please explain (attach addendum, if needed)

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____ Allergies <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____	Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF/Asthma Action Plan): <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid <input type="checkbox"/> Other controller <input type="checkbox"/> Quick relief med <input type="checkbox"/> Oral steroid <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Attention Deficit Hyperactivity Disorder <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <input type="checkbox"/> Chronic or recurrent otitis media <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Other (specify) _____	Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below) _____ Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below) _____
Explain all checked items above or on addendum		

PHYSICAL EXAMINATION Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____	General Appearance: <table border="1"><tr><td><i>NI Abnl</i></td><td><i>NI Abnl</i></td><td><i>NI Abnl</i></td><td><i>NI Abnl</i></td><td><i>NI Abnl</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> HEENT</td><td><input type="checkbox"/> Lymph nodes</td><td><input type="checkbox"/> Abdomen</td><td><input type="checkbox"/> Skin</td><td><input type="checkbox"/> Psychosocial Development</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dental</td><td><input type="checkbox"/> Lungs</td><td><input type="checkbox"/> Genitourinary</td><td><input type="checkbox"/> Neurological</td><td><input type="checkbox"/> Language</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neck</td><td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td><td><input type="checkbox"/> Extremities</td><td><input type="checkbox"/> Back/spine</td><td><input type="checkbox"/> Behavioral</td></tr></table> Describe abnormalities: _____	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine	<input type="checkbox"/> Behavioral
<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>	<i>NI Abnl</i>																	
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Psychosocial Development																	
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Language																	
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine	<input type="checkbox"/> Behavioral																	

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Within normal limits If delay suspected, specify below <input type="checkbox"/> Cognitive (e.g., play skills) _____ <input type="checkbox"/> Communication/Language _____ <input type="checkbox"/> Social/Emotional _____ <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help _____ <input type="checkbox"/> Motor _____	SCREENING TESTS <table border="1"><thead><tr><th>Test</th><th>Date Done</th><th>Results</th></tr></thead><tbody><tr><td>Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)</td><td>____/____/____</td><td>____ µg/dL</td></tr><tr><td>Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs)</td><td>____/____/____</td><td><input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk</td></tr><tr><td>Hearing <input type="checkbox"/> Pure tone audiometry <input type="checkbox"/> OAE</td><td>____/____/____</td><td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</td></tr><tr><td>Hemoglobin or Hematocrit (age 9-12 mo)</td><td>____/____/____</td><td>____ g/dL ____ %</td></tr></tbody></table> Head Start Only	Test	Date Done	Results	Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)	____/____/____	____ µg/dL	Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs)	____/____/____	<input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk	Hearing <input type="checkbox"/> Pure tone audiometry <input type="checkbox"/> OAE	____/____/____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	Hemoglobin or Hematocrit (age 9-12 mo)	____/____/____	____ g/dL ____ %	Tuberculosis <i>Only required for students entering intermediate/middle/junior or high school who have not previously attended any NYC public or private school</i> <table border="1"><thead><tr><th>Test</th><th>Date Done</th><th>Results</th></tr></thead><tbody><tr><td>PPD/Mantoux placed</td><td>____/____/____</td><td>Induration _____ mm</td></tr><tr><td>PPD/Mantoux read</td><td>____/____/____</td><td><input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos</td></tr><tr><td>Interferon Test</td><td>____/____/____</td><td><input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos</td></tr><tr><td>Chest x-ray (if PPD or Interferon positive)</td><td>____/____/____</td><td><input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Not indicated <input type="checkbox"/> Abnl</td></tr><tr><td>Vision (required for new school entrants and children age 4-7 yrs)</td><td>____/____/____</td><td>Acuity Right _____ / _____ Left _____ / _____ <input type="checkbox"/> with glasses Strabismus <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td></tr></tbody></table>	Test	Date Done	Results	PPD/Mantoux placed	____/____/____	Induration _____ mm	PPD/Mantoux read	____/____/____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	Interferon Test	____/____/____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	Chest x-ray (if PPD or Interferon positive)	____/____/____	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Not indicated <input type="checkbox"/> Abnl	Vision (required for new school entrants and children age 4-7 yrs)	____/____/____	Acuity Right _____ / _____ Left _____ / _____ <input type="checkbox"/> with glasses Strabismus <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Test	Date Done	Results																																	
Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)	____/____/____	____ µg/dL																																	
Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs)	____/____/____	<input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk																																	
Hearing <input type="checkbox"/> Pure tone audiometry <input type="checkbox"/> OAE	____/____/____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal																																	
Hemoglobin or Hematocrit (age 9-12 mo)	____/____/____	____ g/dL ____ %																																	
Test	Date Done	Results																																	
PPD/Mantoux placed	____/____/____	Induration _____ mm																																	
PPD/Mantoux read	____/____/____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos																																	
Interferon Test	____/____/____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos																																	
Chest x-ray (if PPD or Interferon positive)	____/____/____	<input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Not indicated <input type="checkbox"/> Abnl																																	
Vision (required for new school entrants and children age 4-7 yrs)	____/____/____	Acuity Right _____ / _____ Left _____ / _____ <input type="checkbox"/> with glasses Strabismus <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	

IMMUNIZATIONS - DATES CIR Number of Child _____ Hep B _____ Rotavirus _____ DTP/DTaP/DT _____ Hib _____ PCV _____ Polio _____	ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (V20.2) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-9 Code _____
--	--

RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Full diet <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> Special Education <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____	ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (V20.2) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-9 Code _____
--	--

Health Care Provider Signature	Date	DOHMH PROVIDER ONLY
Health Care Provider Name and Degree (print)	Provider License No. and State	TYPE OF EXAM <input type="checkbox"/> MAF Current <input type="checkbox"/> MAF Prior Year(s)
Facility Name	National Provider Identifier (NPI)	Comments
Address	City	Date Reviewed
Telephone	Fax	REVIEWER

