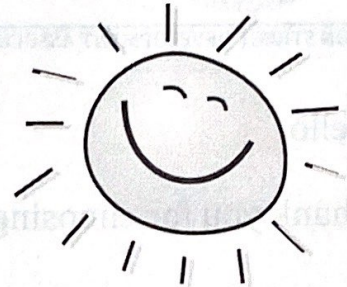




"SISDA" Beacon Summer Day Camp 2020



Child's Name: _____

DOB: ____/____/____ (mm/dd/yyyy)

T-Shirt Size:

Youth Size _____

Regular Size _____

Application # _____



“SISDA” Beacon Summer Day Camp 2020



SIMPSON STREET DEVELOPMENT ASSOCIATION, INC.

997 East 163rd Street Bronx, NY 10459 Tel: (718) 589-1510/1511

Hello,

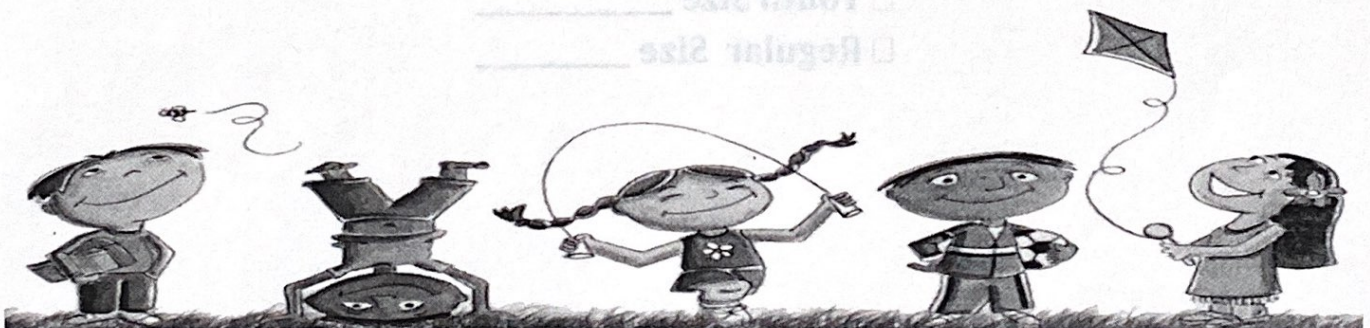
Thank you for choosing SISDA Summer Day Camp!

Our camp is an educational day camp accompanied with recreational activities to supply your child with a progressive, safe, and exciting summer! ***Our seats are on a first come first served basis by age group for those who successfully complete the application process.*** The application should be completed thoroughly in ***black or blue ink and submitted with the required following information:***

- A completed Summer Camp Application
- An Updated Physical Form (that will not expire before August 21, 2020)
- Mandatory Parent Summer Orientation
- A current passport photo of your child. (Wallet Sized Photo Acceptable)

Please be advised that your application cannot be processed without the required documents. **The last day to submit your application is Friday, June 15, 2020 at 5:30pm.**

We look forward to seeing you this summer!



Uso de Oficina Solamente	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



DYCD Ingreso Universal de Participantes: Aplicación para Jóvenes y Adultos

El Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD) es una agencia de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. El siguiente formulario le permitirá a usted o a su hijo solicitar un programa del Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD). Estos programas son operados por organizaciones comunitarias (CBOs). Esta aplicación le permitirá a usted o a su hijo entrada para unos de nuestros programas para jóvenes or adultos. Llene este formulario por completo y devuélvalo a la CBO que opera el programa. Se aceptará una solicitud por persona y por centro. La presentación de una solicitud no garantiza la elegibilidad ni la inscripción en el programa. Es posible que se requiera más documentación e información a fin de determinar la elegibilidad para el programa. En caso de ser aceptado, **el programa no tendrá costo para el participante**. En la solicitud, se recopilan los siguientes datos solo para fines informativos y de planificación del programa: Ingresos, sexo, raza, origen étnico, idioma, tipo de población, información del grupo familiar y estado del seguro médico. Las respuestas a estas preguntas no afectarán su estado con respecto a la recepción de beneficios o servicios, ni se compartirán con otras personas fuera del DYCD sin el permiso del solicitante.

Parte I: Información del solicitante		
<p>En esta solicitud, el término solicitante hace referencia a la persona que realiza una solicitud para recibir servicios. Seleccione una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Completo esta solicitud para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Soy padre/madre o tutor y completo esta solicitud para mi hijo</p> <p><input type="checkbox"/> Soy familiar/no familiar y completo esta solicitud en nombre del solicitante</p>		
Primer nombre del solicitante:	Apellido del solicitante:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento del solicitante (MM/DD/AAAA):		
Sexo del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sexo no definido	Raza del solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro	Origen étnico del solicitante (Seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Ni Hispano/a ni Latino/a
Dirección principal del solicitante (Número y calle):		Número de apartamento
Ciudad:		Código postal:
<input type="checkbox"/> Solicitante es un residente de NYCHA (por favor escribe el nombre) _____		

Parte II: Información de contacto

Información de contacto del solicitante

Para niños sin información de contacto, salte a la siguiente sección para proporcionar información de contacto de padres / tutores

Escriba los números de teléfono del solicitante y encierre en un círculo el método de contacto preferido:

- Casa _____ Celular _____
 Trabajo _____ Correo electrónico _____
 No tiene dirección de correo electrónico.

Información de contacto de padre/madre/tutor

Esta sección es obligatoria para los solicitantes menores de 18 años

Nombre de padre / madre/ tutor: _____

Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:

- Casa _____ Celular _____
 Trabajo _____ Correo electrónico _____
 No tiene dirección de correo electrónico.

Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante	Ciudad:	Estado:	Código postal:
---	----------------	----------------	-----------------------

Información de contacto de emergencia

Al menos un contacto de emergencia debe ser identificado

1	Nombre del contacto de emergencia #1:	Relación del contacto de emergencia con el solicitante: <input type="checkbox"/> Es Padre/Madre/Tutor		
	Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:			
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No tiene dirección de correo electrónico.			
Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante		Ciudad:	Estado:	Código postal:
2	Nombre del contacto de emergencia #2:	Relación del contacto de emergencia con el solicitante: <input type="checkbox"/> Es Padre/Madre/Tutor		
	Escriba los números de teléfono y encierre en un círculo el método de contacto preferido:			
	<input type="checkbox"/> Casa _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> No tiene dirección de correo electrónico.			
Dirección: <input type="checkbox"/> Lo mismo que el solicitante		Ciudad:	Estado:	Código postal:

Esta sección es para padres / tutores que inscriben a sus hijos

Los contactos de emergencia enumerados en la Sección II están autorizados a recoger al niño a menos que se indique lo contrario.

Las siguientes personas adicionales están autorizadas a recoger a mi hijo:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Las siguientes personas **NO PUEDEN** recoger a mi hijo

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Parte III: Nivel educativo/Situación laboral del solicitante

Tipo de escolaridad del solicitante (seleccione una opción):

- Estudiante a tiempo completo *** Estudiante a tiempo parcial *** No asiste a la escuela****

*** Si el solicitante es estudiante a tiempo parcial o completo: **Seleccione el grado actual del solicitante** (Seleccione una opción):

**** Si el solicitante no está en la escuela: **Seleccione el último grado que haya completado el solicitante** (Seleccione una opción):

Escuela primaria: Preescolar Jardín de infantes 1 2 3 4 5

Escuela de nivel medio: 6 7 8

Escuela secundaria: 9 10 11 12

Centro de estudios superiores: 1 año 2 año 3 año 4 año 5 año 6 año o superior

Instituto universitario/Universidad: Estudiante de primer año Estudiante de segundo año Estudiante de penúltimo año Estudiante de último año

Otro: Programa de equivalencia de escuela secundaria (HSE) Escuela de formación profesional/de artes y oficios Título extranjero

Situación laboral actual del solicitante (Seleccione una opción):

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Jubilado
- Desempleado (corto plazo, 6 meses o menos) Desempleado (largo plazo, más de 6 meses) Desempleado (no se encuentra entre la población laboral)
- Trabajador inmigrante agrícola de temporada No corresponde (el solicitante tiene menos de 14 años)

Información para estudiantes, estudiando Tiempo Completo

ID del Estudiante/ OSIS:	Tipo de Escuela:
	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro _____

Nombre de escuela: _____

Dirección de Escuela:	Ciudad:	Código postal:
_____	_____	_____

Parte IV: Información de salud

Información de salud del solicitante

Responda las preguntas a continuación y proporcione detalles adicionales en el espacio provisto.
Se acepta gente con diferentes problemas de salud y no se les puede restringir la inscripción en el programa.

¿El solicitante tiene alergias? (comida, medicamentos, etc.)

No Sí _____

¿El solicitante tiene asma?

No Sí

¿El solicitante tiene necesidades especiales de atención médica?

No Sí _____

¿El solicitante toma medicamentos para cualquier condición o enfermedad?

No Sí _____

¿Hay actividades en las que el solicitante no puede participar?

No Sí _____

Proporcione información adicional sobre la información de salud:

N/A

Haga una lista de las adaptaciones que está solicitando para usted / el solicitante:

N/A

Estado de Seguro Médico del Solicitante

¿El solicitante tiene seguro médico? (Seleccione una opción):

Sí No
 Me niego a responder

En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico tiene el solicitante? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

Medicaid Medicare Programa Estatal de Seguro Médico para Niños
 Laboral Compra directa Programa Estatal de Seguro Médico para Adultos
 Atención médica militar Me niego a responder

Si no tiene seguro médico, ¿desea comunicarse con alguien que le brinde información sobre cómo inscribirse para obtener un seguro médico público? (Seleccione una opción):

Sí No Me niego a responder

En caso de que desee que se comuniquen con usted para recibir información sobre cómo inscribirse en un seguro médico público, ¿cuál es su método preferido de contacto? (Seleccione una opción):

Correo electrónico Teléfono Correo postal de EE. UU.
 Proveedor Me niego a responder

Parte V: Más Información del solicitante

¿Qué tan bien habla en inglés el solicitante? (Seleccione una opción):

- Con fluidez/Muy bien
 Bien
 No muy bien
 Para nada bien

Idioma principal del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chino* | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Fula | <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"/> Turcu |
| <input type="checkbox"/> Urdú | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

* incluidos el cantonés y el mandarín

Otros idiomas hablado por el solicitante (Seleccione todas las opciones que corresponderan):

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Albanés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Chino* | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Fula | <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"/> Turcu |
| <input type="checkbox"/> Urdú | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Yiddish |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> No corresponde (el solicitante solo habla en un idioma) | | |

* incluidos el cantonés y el mandarín

¿El solicitante desea recibir información o que se comuniquen con él con respecto a inscribirse para votar? (Seleccione una opción):

- Sí No

**El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de EE. UU. en los siguientes casos: 1) si es ciudadano estadounidense; 2) i cumple con los requisitos de residencia del estado; 3) si tiene; 18 años. Algunos estados permiten que las personas de 17 años voten en las elecciones primarias o se inscriban para votar en caso de cumplir 18 años antes de las elecciones generales. Verifique los requisitos de edad de los votantes de su estado.

¿El solicitante tiene las siguientes características?

- Es el padre/la madre o el tutor legal. Sí No
 Es delincuente o tiene problemas con la justicia. Sí No
 Es participante de cuidado temporal. Sí No
 Es un joven que huyó de su casa. Sí No
 Es veterano. Sí No
 Es miembro activo de las Fuerzas Armadas. Sí No
 Es una persona con discapacidad. Sí No
 Me niego a responder

Si el solicitante es una persona con discapacidad, seleccione los tipos de discapacidades (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Discapacidad cognitiva
 Discapacidad relacionada con la audición
 Discapacidad en el aprendizaje
 Discapacidad mental o psiquiátrica
 Problema de salud físico/crónico
 Discapacidad física/motriz
 Discapacidad visual
 Otra: _____
 Me niego a responder

Parte VI: Información del grupo familiar

Para el siguiente conjunto de preguntas, se define como **GRUPO FAMILIAR** a cualquier persona o grupo de personas (familiares o no) que conviven como una unidad económica. Se define a los **INGRESOS** como el total de ingresos brutos anuales de todos los familiares o no familiares mayores de 18 años que conformen el grupo familiar.

El solicitante vive en un grupo familiar encabezado por

(Seleccione una opción):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madre Soltera | <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin hijos |
| <input type="checkbox"/> Padre Soltero | <input type="checkbox"/> Grupo familiar con dos padres |
| <input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco, con hijos | <input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional |
| <input type="checkbox"/> Una sola persona, sin hijos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Tipo de vivienda del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propia | <input type="checkbox"/> Refugio | <input type="checkbox"/> Alquilada |
| <input type="checkbox"/> NYCHA | <input type="checkbox"/> Sin vivienda | |
| <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Cantidad de integrantes del grupo familiar del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Tres |
| <input type="checkbox"/> Cuatro | <input type="checkbox"/> Cinco | <input type="checkbox"/> Seis |
| <input type="checkbox"/> Siete | <input type="checkbox"/> Ocho | <input type="checkbox"/> Nueve |
| <input type="checkbox"/> Diez | <input type="checkbox"/> Once | <input type="checkbox"/> Doce |
| <input type="checkbox"/> Trece | <input type="checkbox"/> Catorce | <input type="checkbox"/> Quince |
| <input type="checkbox"/> Dieciséis | <input type="checkbox"/> Diecisiete | <input type="checkbox"/> Dieciocho |
| <input type="checkbox"/> Diecinueve | <input type="checkbox"/> Más de veinte | |

Ingresos totales del grupo familiar en los últimos 12 meses (Seleccione una opción):

- | | | |
|---|---|--|
| <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"/> Más de \$100,000 | <input type="checkbox"/> Me niego a responder | |

Fuentes de ingresos del grupo familiar del solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldos por empleo | <input type="checkbox"/> Subsidio en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia u otra ayuda conyuga | <input type="checkbox"/> Manutención de menores |
| <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Crédito fiscal de ingresos devengados (EITC) | <input type="checkbox"/> Crédito fiscal por empleo | <input type="checkbox"/> Asistencia general |
| <input type="checkbox"/> Vales de elección de vivienda | <input type="checkbox"/> HUD-VASH | <input type="checkbox"/> LIEHEAP | <input type="checkbox"/> Pensión |
| <input type="checkbox"/> Vivienda con servicios de apoyo permanente | <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad | <input type="checkbox"/> Viviendas públicas | <input type="checkbox"/> Red de seguridad/Ayuda para el hogar |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI) | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo | <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA | <input type="checkbox"/> Indemnización por discapacidad relacionada con el servicio de VA |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Me niego a responder | | | |



Parte VII: Consentimiento y Firmas

Información Para la Hora de Recogida/Salida

Esta pregunta debe ser respondida por los padres / tutores que matriculan a sus hijos

Mi hijo(a) tiene permiso para viajar a casa solo/a a la hora de salida:

Sí No

Consentimiento para participar

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

Si participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento.

Sí No

Firma del participante

Nombre completo del participante

Fecha

Si participante tiene menos de 18 años:

Firma del padre/la madre/el tutor

Nombre completo

Fecha



Consentimiento para el Tratamiento Médico de Urgencia

Si participante tiene 18 años o más:

Estoy 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 una urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento al personal del proveedor del programa para obtener el tratamiento médico de urgencia necesario. Asimismo, autorizo al personal del proveedor del programa a comunicarse con el contacto de urgencia que figura a continuación.

Sí No

Firma del participante

Nombre completo del participante

Fecha

Si participante tiene menos de 18 años:

Mi hijo(a) 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 una urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento al personal del proveedor del programa para obtener el tratamiento médico de urgencia necesario para mi hijo(a), 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 que figura a continuación, antes y después de que se preste la atención médica.

Sí No

Firma del padre/la madre/el tutor

Nombre completo

Fecha



Consentimiento para fotografías/grabación de videos y uso de la obra original

Como participante inscrito en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Juvenil y Comunitario (Department of Youth and Community, DYCD), tenga en cuenta que de vez en cuando el DYCD y la Ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones externas con las que colabora u otros representantes gubernamentales (conjuntamente denominados "Partes Autorizadas") pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales relacionados con los servicios del programa, tanto en el lugar habitual donde se desarrolla el programa como en eventos fuera de este. En algunos casos, pueden tomar fotografías, grabar videos, entrevistar o de otra manera registrar a los participantes y a sus familias y amigos en estos programas. Las imágenes, los videos y las entrevistas resultantes pueden utilizarse, con o sin el nombre del participante, en medios impresos y electrónicos como folletos, libros, boletines informativos impresos o enviados por correo electrónico, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (conjuntamente denominados "Medios de comunicación").

Por el presente, autorizo y le otorgo permiso a las Partes Autorizadas, sin compensación ni ninguna otra aprobación, a fotografiar o registrar mi imagen o nombre, o la imagen o nombre de mi hijo, y el sonido de mi voz o la voz de mi hijo durante las actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales. Asimismo, por el presente doy mi consentimiento en relación con el uso de las imágenes, videos y entrevistas resultantes, sin compensación ni otra aprobación, por las Partes Autorizadas únicamente para propósitos no comerciales y sin fines de lucro en todos los Medios de Comunicación,

Sí No

Si, durante la participación en actividades del programa financiado por el DYCD y eventos especiales, mi hijo o yo componemos alguna obra original como creaciones artísticas, música, coreografías, poesías o prosas (conjuntamente denominados "Obra Original"), por el presente doy mi consentimiento en relación con el uso de dicha Obra Original por las Partes Autorizadas, sin compensación ni ninguna otra aprobación, únicamente para propósitos no comerciales y sin fines de lucro en todos los Medios de Comunicación,

Sí No

Si participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y estoy autorizado a dar mi consentimiento,

Sí No

Firma del participante

Nombre completo del participante

Fecha

Si participante tiene menos de 18 años:

Firma del padre/la madre/el tutor

Nombre completo

Fecha



Consentimiento del padre o tutor legal para recopilar y compartir información del estudiante

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

Consentimiento para recopilar y compartir información del estudiante

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

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

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

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

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

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

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

Entiendo por qué el DYCD me pide la autorización para acceder a la información discutida anteriormente del registro estudiantil de mi hijo(a) y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de forma continua.

Sí, lo autorizo **No, no lo autorizo**

Entiendo por qué el DYCD me pide la autorización para acceder a la información discutida anteriormente del registro estudiantil de mi hijo(a) y autorizo al DOE a compartir esa información con el DYCD de forma continua.

Sí, lo autorizo **No, no lo autorizo**

Nombre del estudiante o solicitante: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre/tutor adicional (opcional): _____

Firma del padre/madre/tutor adicional (opcional): _____

Trip Itinerary & Parental Consent

For Off-Site and Swim Trips at a Summer Camp

Record ID#: 40490612 Camp Name: SISDA Beacon Summer Day Camp

Camp Address: 977 Fox Street Room: 117 Borough: Bronx Zip Code: 10459

Trip Date	Trip Destination & Complete Address	Mode of Transportation	Activities (Include Hours for Swimming)	Parental Consent
Every Tuesday/Thursday from: 7/13/2020 to 8/14/2020 A max of 200 Participant per week.	American Museum of Natural History Address: Central Park West & 79th Street New York, N.Y 10024	Train	Activities Hrs.: 11:00am - 3:00pm	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Every Tuesday/Thursday from: 7/13/2020 to 8/14/2020 A max of 200 Participant per week.	African Burial Ground National Monument Address: Corner of Duane and Elk Street New York, N.Y 11211	Train	Activities Hrs.: 11:00am - 3:00pm	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Every Tuesday/Thursday from: 7/13/2020 to 8/14/2020 A max of 200 Participant per week.	Bronx Zoo Address: 2300 Southern Blvd Bronx, New York 10460	Train	Activities Hrs.: 11:00am - 3:00pm	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Every Tuesday/Thursday from: 7/13/2020 to 8/14/2020 A max of 200 Participant per week.	Park & Recreation Urban Park Rangers Custom Adventure Address: Broadway and, Van Cortlandt Park S. Bronx, New York 10471	Train	Activities Hrs.: 11:00am - 3:00pm	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Every Wednesday from: 7/13/2020 to 8/14/2020 A max of 200 Participant per week.	F.D.R PARK Address: 2957 Crompond RD Yorktown, Hts. New York 10598	Bus	Swimming Hrs.: 1:00pm - 3:00pm	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Every Wednesday from: 7/13/2020 to 8/14/2020 A max of 200 Participant per week.	Lake Welch Address: 800 Kanawauke Road Stony Point, N.Y 10980	Bus	Swimming Hrs.: 1:00pm - 3:00pm	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Wednesday from: 08/19/2020 A max of 200 Participant	Rye Playland Address: 1 Playland Pkwy Rye, 10580	Bus	Activities Hrs.: 12:00pm - 5:00pm Youth & Family Picnic	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Parental Consent

I, _____, the parent/legal guardian of _____,
(Parent Name) (Camper Name)
 _____ hereby give permission for him/her to participate in these trips and activities.
(Camper age)

Signature: _____ Date: _____

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE 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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No		Parent/Guardian Last Name		First Name		Email		

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

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) _____ Attach MAF in in-school medications needed		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): <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"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Asthma Control Status: <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ Explain all checked items above. <input type="checkbox"/> Addendum attached.					
		Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)					

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____ 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: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL NI Abnl <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 <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ Describe abnormalities:					
---	--	---	--	--	--	--	--

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date Screened ____/____/____ Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____ Describe Suspected Delay or Concern: _____		Nutrition < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred	
		SCREENING TESTS 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		Vision Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) ____/____/____ Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CIR Number _____ Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>		Hemoglobin or Hematocrit Child Care Only ____/____/____ g/dL ____/____/____ %		Dental Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

IMMUNIZATIONS - DATES DTP/DTaP/DT _____ Tdap _____ Td _____ MMR _____ Polio _____ Varicella _____ Hep B _____ Mening ACWY _____ Hib _____ Hep A _____ PCV _____ Rotavirus _____ Influenza _____ Mening B _____ HPV _____ Other _____		Report only positive Immunity: IgG Titers Date Hepatitis B _____ Measles _____ Mumps _____ Rubella _____ Varicella _____ Polio 1 _____ Polio 2 _____ Polio 3 _____	
---	--	---	--

ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____		RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <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"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____	
--	--	---	--

Health Care Practitioner Signature		Date Form Completed ____/____/____		DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. _____	
Health Care Practitioner Name and Degree (print)		Practitioner License No. and State		TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____	
Facility Name		National Provider Identifier (NPI)		Date Reviewed: ____/____/____	
Address		City State Zip		I.D. NUMBER _____ REVIEWER: _____	
Telephone		Fax		FORM ID# _____	
		Email			

Required Supplies for Summer Day Camp

Please LABEL your child's supplies.

- Notebook
- Folder
- Box of Pencils
- Safety Scissors
- Box of crayons/markers/colored pencils (either or)
- Sharpener
- Construction paper
- Glue
- Snacks
- Bottle of water everyday
- Small bottle of sanitizer and facial tissues (optional)

Please note that there are special projects that a group may be doing that may require supplies not on the list.