

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):	Raza del solicitante (Seleccione todas las opciones que correspondan):	Grupo étnico del solicitante (Seleccione una opción):	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No conforme con el género	<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	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	
Dirección principal del solicitante (calle y número):			Número de apartamento:
Ciudad:			Código postal:
<input type="checkbox"/> El solicitante vive en un complejo de NYCHA (proporcione el nombre) _____			

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:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

La misma que la del participante

Información del contacto de urgencia

Se debe identificar a al menos un contacto de urgencia

Contacto de urgencia n.º 1:

Relación con el participante:

El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del participante

1

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:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

La misma que la del participante

Contacto de urgencia n.º 2:

Relación con el participante:

El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del participante

2

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:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

La misma que la del participante

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 forma meses o menos activa) Desempleado (de larga duración, más de 6 meses) Desempleado (No parte de la población)

Obligatorio para alumnos de tiempo completo

Id./OSIS del alumno:	Tipo de escuela	
	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Subvencionada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra _____	
Nombre de la escuela:		
Dirección de la escuela:	Ciudad:	Código postal:

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 comunique 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

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"/> Bengali | <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"/> Bengali | <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

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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una madre soltera | <input type="checkbox"/> Dos adultos sin hijos |
| <input type="checkbox"/> Un padre soltero | <input type="checkbox"/> Dos padres |
| <input type="checkbox"/> Una persona soltera sin hijos | <input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional |
| <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con hijos | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Tipo de hogar del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propio | <input type="checkbox"/> Alquilado | <input type="checkbox"/> NYCHA |
| <input type="checkbox"/> Refugio | <input type="checkbox"/> Sin hogar | |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Integrantes del hogar del solicitante (Seleccione una opción):

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> Veinte o más | |

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

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

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

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

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

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

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: _____

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 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.