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

Search for and apply to DYCD Programs Online!
https://discoverdycd.dycdconnect.nyc/home

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Bienvenue à DYCD! Ce formulaire vous permet ou à votre enfant, de postuler à un programme DYCD. Vous ne pouvez soumettre qu'une seule candidature par personne et par emplacement. La soumission d'un formulaire ne garantit pas l'éligibilité ou l'inscription au programme et nous pouvons vous demander plus d'informations pour voir si vous êtes éligible. S'il est accepté, le programme ne vous coûtera rien. Nous collectons certaines informations telles que le *Sexe, la race, l'origine ethnique, la langue*, et la *Situation d'assurance* maladie à des fins de planification uniquement. Vos réponses à ces questions n'affecteront pas votre statut d'avantages ou de services et ne seront pas partagées en dehors de DYCD sans votre autorisation. Le *Revenu, les informations sur le ménage* et le *Statut d'études/travail* peuvent affecter l'éligibilité à certains programmes. La collecte de vos informations aide DYCD à voir qui bénéficie de nos programmes. Cela nous aide à améliorer nos programmes et permet à DYCD de continuer à apporter aux communautés le soutien dont elles ont besoin.

Partie I : Informations sur le candidat

Aux fins de la présente demande, *candidat* désigne la personne qui reçoit les services. **Veuillez en sélectionner un :**

☐ Je remplis cette demande pour **moi-même**
☐ Je suis un parent ou un tuteur qui remplit cette demande **pour mon enfant**
☐ Je suis un parent/non parent et je remplis cette demande **au nom du Candidat**

Nom complet du candidat:	**Prénom du Candidat:**	**MI:**	**Date de naissance du Candidat (MM/JJ/ANNÉE) :**

Adresse principale du Candidat (*Numéro et Rue*)**:**	**Numéro de l'appartement du candidat:**
Ville du Candidat:	**Code postal :**
☐ **Le candidat vit dans un développement NYCHA** (Veuillez fournir le nom)	

Sexe du Candidat à la naissance
(Sélectionnez-en un) :

☐ Féminin
☐ Masculin
☐ X (ni homme ni femme)
☐ Pas Certain

Dans quelle mesure le candidat parle-t-il anglais ?
(Sélectionnez-en Un) :

☐ Courant/Très bien
☐ Bien
☐ Pas bien
☐ Pas bien du tout

Race/origine Ethnique du Candidat
(Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Indien d'Amérique et natif de l'Alaska
☐ Asiatique
☐ Noir ou Afro-américain
☐ Hispanique ou Latin/e/a/o
☐ Moyen-Orient/Afrique du Nord
☐ Originaire d'Hawaï et d'autres insulaires du Pacifique
☐ Blanc ou Caucasien
☐ Autres :

_____

Le candidat présente-t-il l'un des éléments suivants :

Une personne handicapée ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Refuser de répondre
Parent/Tuteur légal ?	☐ Oui ☐ Non
Délinquant/justice impliquée ?	☐ Oui ☐ Non
Participant au Placement Familial ?	☐ Oui ☐ Non
Jeunes en fuite ou sans-abri ?	☐ Oui ☐ Non
Vétéran ?	☐ Oui ☐ Non
Personnel Militaire Actif ?	☐ Oui ☐ Non
Victime de Violences Domestiques ?	☐ Oui ☐ Non
Victime de la Traite des êtres Humains ?	☐ Oui ☐ Non

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Si vous êtes originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Hawaïen
☐ Guamanien
☐ Chamorro
☐ Samoan
☐ Fidjien
☐ Tongrien
☐ Autres : _____

Si vous êtes d'origine asiatique, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Chinois
☐ Japonais
☐ Philippin
☐ Nord-Coréen
☐ Sud-Coréen
☐ Vietnamien
☐ Asiatique Indien
☐ Laotien
☐ Cambodgien
☐ Bangladais
☐ Hmong
☐ Indonésien
☐ Malaisien
☐ Pakistanais
☐ Sri lankais
☐ Taïwanais
☐ Népalais
☐ Birmane
☐ Tibétain
☐ Thaïlandais
☐ Autres : _____

Si vous êtes d'origine hispanique ou Latin/e/a/o, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Mexicain, Mexicain Américain, Chicana/o
☐ Portoricain
☐ Cubain
☐ Dominicain
☐ Amérique Centrale (y compris Salvadorien, Guatémaltèque, Hondurienne, etc.)
☐ Sud-américain (y compris Équatorien, Colombien, Vénézuélien, Panaméen, etc.)
☐ Un autre Hispanique, Latin/e/a/o, Espagnol
Origine :_____

Langue principale du Candidat (Sélectionnez-en Une) :

☐ Anglais
☐ Bengali
☐ Foulani
☐ Créole haïtien
☐ Hongrois
☐ Coréen
☐ Punjabi
☐ Portuguais
☐ Espagnol
☐ Ourdou
☐ Albanais
☐ Chinois*
☐ Gujarati
☐ Hébreu
☐ Italien
☐ Kru, Ibo ou Yoruba
☐ Persan
☐ Roumain
☐ Tagalog
☐ Vietnamien
☐ Arabe
☐ Français
☐ Allemand
☐ Hindi
☐ Japonais
☐ Mandé
☐ Polonais
☐ Russe
☐ Turc
☐ Yiddish
☐ Autres : _____

**y compris le Cantonais et le Mandarin*

Autres langues parlées par le Candidat (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Anglais
☐ Bengali
☐ Foulani
☐ Créole haïtien
☐ Hongrois
☐ Coréen
☐ Punjabi
☐ Portuguais
☐ Espagnol
☐ Ourdou
☐ Albanais
☐ Chinois*
☐ Gujarati
☐ Hébreu
☐ Italien
☐ Kru, Ibo ou Yoruba
☐ Persan
☐ Roumain
☐ Tagalog
☐ Vietnamien
☐ Arabe
☐ Français
☐ Allemand
☐ Hindi
☐ Japonais
☐ Mandé
☐ Polonais
☐ Russe
☐ Turc
☐ Yiddish
☐ Autres : _____
☐ Sans objet (une seule langue parlée par le candidat)

**y compris le Cantonais et le Mandarin*

Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez servi dans les forces armées, la garde nationale ou les réserves des États-Unis ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, souhaiteriez-vous, vous ou un membre de votre foyer, être contacté par le Département des Services aux Anciens Combattants de New York ?

☐ Oui ☐ Non

Le candidat souhaite-t-il recevoir des informations/être contacté concernant son inscription sur les listes électorales ?*** (Sélectionnez-en un) :

☐ Oui
☐ Non

*Le candidat est éligible pour voter aux élections fédérales américaines si : 1) Vous êtes citoyen Américain ; 2) Vous remplissez les conditions de résidence de votre État ; 3) Vous avez 18 ans. Certains États autorisent les jeunes de 17 ans à voter aux primaires et/ou à s'inscrire sur les listes électorales s'ils auront 18 ans avant les élections générales. Vérifiez les conditions d'âge d'inscription des électeurs de votre état.

***Si le candidat est une personne handicapée,* veuillez sélectionner le(s) type(s) de handicap** (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

☐ Déficience cognitive
☐ Lié à l'audition
☐ Trouble d'apprentissage
☐ Mentale/Psychiatrique
☐ État de Santé Physique/Chronique
☐ Déficience Physique/Mobilité
☐ Liés à la vision
☐ Autres : _____

☐ Refuser de répondre

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Comment avez-vous entendu parler du ou des programmes DYCD auxquels vous postulez ? (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent):

☐ Publicité:
☐ Appeler le 311:
☐ Découvrir DYCD:
☐ Connexion Communautaire DYCD:
☐ Réseaux Sociaux DYCD
☐ Membre de la famille, ami ou voisin
☐ Maison de culte
☐ Médias (journaux, radio, télévision, etc.)
☐ Référé par une agence gouvernementale
☐ Référé par un autre organisme où je recevais des services (c.-à-d. gestion de cas, centre pour personnes âgées, refuge, etc.)
☐ École
☐ Foire de rue, événement spécial ou sensibilisation de rue
☐ Site Web (veuillez préciser lequel) _____
☐ Bouche à oreille
☐ Autre (veuillez préciser)_____

Partie II: Candidat (ou parent/tuteur) Coordonnées

☐ Les coordonnées ci-dessous sont destinées au candidat

Numéro de Téléphone n° 1:	☐ Maison ☐ Cellulaire ☐ Travail	**Numéro de Téléphone n°2:**	☐ Maison ☐ Cellulaire ☐ Travail
Adresse E-mail (Requis) :		**Méthode de Contact Préférée :** ☐ Cellulaire ☐ Téléphone fixe ☐ E-mail ☐ Courrier Américain	

Coordonnées d'Urgence: *Cette section est obligatoire pour les candidats de moins de 18 ans*

☐ Les coordonnées ci-dessous concernent le parent/tuteur

Nom du parent/tuteur:	☐ Maison ☐ Cellulaire ☐ Travail	**Numéro de Téléphone:**	☐ Maison ☐ Cellulaire ☐ Travail
Adresse: ☐ Identique au demandeur		**Méthode de Contact Préférée:** ☐ Cellulaire ☐ Téléphone fixe ☐ E-mail ☐ Courrier Américain	

Partie III : Coordonnées d'Urgence

1	**Nom à Contacter en cas d'Urgence:**	**Numéro de Téléphone Principal du Contact en cas d'Urgence :**	☐ Maison ☐ Cellulaire ☐ Travail
	Adresse E-mail du Contact d'Urgence : ☐ Identique au demandeur	**Relation entre la Personne à Contacter en cas d'urgence et le Candidat :** ☐ La personne à contacter en cas d'urgence est le parent/tuteur du demandeur.	
2	**Nom à Contacter en cas d'Urgence:**	**Numéro de Téléphone Principal du Contact en cas d'Urgence :**	☐ Maison ☐ Cellulaire ☐ Travail
	Adresse E-mail du Contact d'Urgence : ☐ Identique au demandeur	**Relation entre la Personne à Contacter en cas d'urgence et le Candidat :** ☐ La personne à contacter en cas d'urgence est le parent/tuteur du demandeur.	

Cette section est destinée aux parents/tuteurs inscrivant leurs enfants

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Les contacts d'urgence listés dans la Section II sont autorisés à récupérer l'enfant sauf indication contraire.

Les personnes suivantes sont autorisées à récupérer mon enfant :

Nom:	**Numéro de téléphone :**	**Relation :**
_____	_____	_____
Nom:	**Numéro de téléphone :**	**Relation :**
_____	_____	_____
Nom:	**Numéro de téléphone :**	**Relation :**
_____	_____	_____

Les personnes suivantes NE PEUVENT PAS récupérer mon enfant :

Nom: _____ **Nom:** _____ **Nom:** _____

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Partie IV : Statut d'études/de Travail du Candidat

Type d'école du candidat (Sélectionnez une) :

☐ Étudiant à Plein Temps**
☐ Étudiant à Temps Partiel**
☐ Pas à l'école***

Statut professionnel actuel du candidat (Sélectionnez-en un) :

☐ Employé à Plein Temps
☐ Employé à Mi-Temps
☐ Retraité
☐ Chômeur (Court terme, 6 mois ou moins)
☐ Chômeur (Long terme, plus de 6 mois)
☐ Chômeur (Pas sur le marché du travail)
☐ Travailleur Agricole Saisonnier Migrant
☐ Sans objet (le Candidat a moins de 14 ans)

Si le candidat est un *Étudiant à temps partiel* ou un *Étudiant à temps plein* : **Veuillez sélectionner le niveau d'étude actuel du candidat (Sélectionnez-en un) :
***Si le candidat n'est *Pas à l'école* : **Veuillez sélectionner la dernière note obtenue par le candidat** (Sélectionnez-en une) :

École Primaire	☐ Pré-K	☐ K	☐ 1er	☐ 2ème	☐ 3ème	☐ 4ème	☐ 5ème
École Intermédiaire	☐ 6ème		☐ 7ème			☐ 8ème	
Ecole Secondaire	☐ 9ème	☐ 10ème	☐ 11ème	☐ 12ème	☐ Diplôme D'études Secondaires Obtenu	☐ Obtention de L'équivalence D'études Secondaires	
Collège Communautaire	☐ 1ère Année	☐ 2ème Année	☐ 3ème Année	☐ 4ème Année	☐ Diplôme D'associé Obtenu		
École Professionnelle/de Métiers	☐ Certains Crédits D'études Professionnelles ou de Métiers, mais aucun certificat ou diplôme obtenu			☐ Obtention d'un certificat ou d'un diplôme d'une école professionnelle ou de métiers			
Collège/Université de 4 ans	☐ Étudiant de première année	☐ Étudiant en deuxième année		☐ Junior	☐ Senior		
Une Maîtrise	☐ Certains Crédits de Maîtrise, mais aucun Diplôme Obtenu			☐ Diplôme D'associé Obtenu			
Diplôme Professionnel	☐ Certains Crédits de Diplôme Professionnel (par exemple MD, DDS, DVM, LLB, JD) mais aucun diplôme obtenu			☐ Diplôme Professionnel Obtenu (par exemple MD, DDS, DVM, LLB, JD)			
Doctorat	☐ Certains Crédits de Doctorat, mais aucun Diplôme Obtenu			☐ Diplôme Doctorat Obtenu			
Other	☐ Diplôme Etranger Obtenu			☐ Aucune Education Formelle Obtenue			

Requis pour les étudiants à temps plein

ID étudiant/OSIS:

Type d'école:
☐ Publique ☐ Charte ☐Privée ☐Autre:_____

Nom de l'école::

Adresse de l'école: | **Ville:** | **Code postal:**

Partie V: Renseignements sur le ménage

Pour la prochaine série de questions, **MÉNAGE** est défini comme tout individu ou groupe d'individus (membres de la famille ou non) qui vivent ensemble comme une seule unité économique. **Le REVENU** est défini comme le revenu brut annuel total de tous les membres de la famille et hors famille âgés de 18 ans et plus.

Le candidat vit dans un ménage dont le chef est (sélectionnez une réponse) :

☐ Parent unique - Femme
☐ Parent unique – Homme
☐ Parent Unique – Sans Enfants
☐ Adultes sans lien de parenté avec enfants
☐ Deux Adultes – Pas d'enfants
☐ Ménage de Deux Adultes
☐ Maison Multigénérationnelle
☐ Autres

Type de logement du candidat (sélectionnez un) :

☐ Posséder ☐ NYCHA ☐ Autre :_____
☐ Loyer ☐ Abri
☐ Sans Abri ☐ Autre logement permanent

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Taille du Ménage du Candidat (Sélectionnez un) :				**Revenu Total du Ménage au cours des 12 derniers mois :**
☐ Un	☐ Deux	☐ Trois	☐ Quatre	**$**_____ *(ex. $45,000)*
☐ Cinq	☐ Six	☐ Sept	☐ Huit	
☐ Neuf	☐ Dix	☐ Onze	☐ Douze	
☐ Treize	☐ Quatorze	☐ Quinze	☐ Seize	
☐ Dix-Sept	☐ Dix-Huit	☐ Dix-Neuf	☐ Vingt+	☐ Refuser de répondre

Sources de revenu du ménage du Candidat: (Sélectionnez Tous Ceux qui S'appliquent) :

☐ Salaires d'emploi	☐ Subvention de la Loi sur les soins abordables	☐ Pension Alimentaire ou Autre Soutien au Conjoint	☐ Pension alimentaire pour enfants	☐ Bon pour la garde d'enfants	☐ Crédit d'impôt sur les revenus du travail	☐ Crédit d'impôt à l'Emploi
☐ Assistance générale	☐ Bon Choix de Logement	☐ HUD-VASH	☐ LIHEAP	☐ Pension	☐ Logement supervisé permanent	☐ Assurance invalidité privée
☐ Logement social	☐ Filet de sécurité/aide à domicile	☐ Revenu de Retraite Provenant de la Sécurité Sociale	☐ Revenu d'Invalidité de la Sécurité Sociale (SSDI)	☐ Revenu Supplémentaire de Sécurité (Supplemental Security Income, SSI)	☐ Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (PANS)	☐ Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)
☐ Assurance chômage	☐ VA Hors-Service Connecté Handicap Pension	☐ VA Service-Connecter Handicap Compensation	☐ WIC	☐ L'indemnisation des travailleurs	☐ Autres : _____	☐ Refuser de répondre

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Partie VI : Statut D'assurance Maladie du Candidat

Le candidat a-t-il une assurance ? (Sélectionnez-en Une) :

☐ Oui ☐ Non ☐ Refuser de répondre

Si oui, de quel type d'assurance maladie le candidat dispose-t-il ? *(Cochez tous ceux qui s'appliquent):*

☐ Aide médicale ☐ Assurance-maladie ☐ Programme d'assurance-maladie des enfants de l'État ☐ Soins de santé militaires

☐ Achat-Direct ☐ Basé sur l'emploi ☐ Assurance Maladie Nationale pour Enfants pour Adultes ☐ Refuser de répondre

Si vous n'avez pas d'assurance maladie, souhaitez-vous être contacté par quelqu'un d'autre pour vous donner des informations sur l'adhésion à l'assurance maladie publique ? *(Sélectionnez-en un)*

☐ Oui ☐ Non ☐ Refuser de répondre

Si vous souhaitez être contacté pour souscrire à l'assurance maladie publique, quel est votre mode de contact préféré ? *(Sélectionnez-en Une):*

☐ Courrier ☐ Téléphone ☐ Courrier Américain ☐ Via le fournisseur ☐ Refuser de Répondre

Veuillez répondre aux questions ci-dessous et fournir des détails supplémentaires dans l'espace prévu. De nombreux besoins ou défis de santé peuvent être pris en compte et peuvent ne pas limiter l'inscription au programme.

Le candidat a-t-il des allergies ? (nourriture, médicaments, etc.)

☐ Non ☐ Oui _____

Le candidat a-t-il de l'asthme ?

☐ Non ☐ Oui

Le candidat a-t-il des besoins de soins de santé particuliers ?

☐ Non ☐ Oui _____

Le candidat prend-il des médicaments pour une condition ou une maladie ?

☐ Non ☐ Oui _____

Y a-t-il des activités auxquelles le candidat ne peut pas participer ?

☐ Non ☐ Oui _____

Veuillez fournir ci-dessous tout autre détail sur la santé ou

☐ S/O

Veuillez indiquer ci-dessous toute(s) l(es) accommodation(s) que vous demandez pour vous-même/le candidat ou

☐ S/O

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Partie VII : Consentements et signatures

Informations sur la sortie / ramassage

*Cette question **doit** être répondue pour les parents/tuteurs inscrivant leurs enfants*

Mon enfant a la permission de rentrer seul à la maison après la sortie:

☐ Oui ☐ Non

Consentement à Participer

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes. J'accepte leur vérification et je comprends que la falsification peut entraîner la résiliation du service. Les informations fournies peuvent être utilisées par la ville de New York pour améliorer les services municipaux et l'accès à ces services, ainsi que pour obtenir des financements supplémentaires.

Si le participant a 18 ans et plus:

Je reconnais que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

☐ Oui ☐ Non

_____	_____	_____
Signature du participant	Participant : Nom en lettres moulées	Date

Si le participant a moins de 18 ans:

_____	_____	_____
Signature du parent/tuteur	Parent/tuteur : Nom en lettres moulées	Date

Consentement pour le traitement médical d'urgence

Si le participant a 18 ans et plus:

Je suis inscrit en tant que participant dans un programme financé par le DYCD. En cas d'urgence médicale, je donne par la présente mon consentement pour que le traitement médical d'urgence nécessaire soit obtenu en mon nom. J'autorise également les contacts d'urgence listés à être contactés.

☐ Oui, je donne ma permission ☐ Non, je ne donne pas ma permission

_____	_____	_____
Signature du participant	Participant : Nom en lettres moulées	Date

Si le participant a moins de 18 ans:

Mon enfant est inscrit en tant que participant à un programme financé par le DYCD. En cas d'urgence médicale, je donne par la présente mon consentement pour que les soins médicaux d'urgence nécessaires soient obtenus pour mon enfant, avec la compréhension que je serai informé dès que possible. Je comprends que tous les efforts seront faits pour me contacter, ou, si je suis indisponible, le(s) contact(s) d'urgence listé(s), avant et après la fourniture des soins médicaux.

☐ Oui, je donne ma permission ☐ Non, je ne donne pas ma permission

_____	_____	_____
Signature du parent/tuteur	Parent/tuteur : Nom en lettres moulées	Date

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Consentement pour la Photographie/Enregistrement Vidéo et l'Utilisation d'Oeuvres Originales

En tant que participant inscrit à un programme financé par le DYCD, veuillez noter que de temps à autre, le DYCD et la Ville de New York, ses prestataires sous contrat, agents autorisés, organisations tierces avec lesquelles elle collabore, ou d'autres représentants gouvernementaux (collectivement, les "Parties Autorisées") peuvent être présents pendant les activités du programme et les événements spéciaux associés aux services du programme, à la fois à l'emplacement habituel du programme et lors d'événements hors site. Dans certains cas, ils peuvent photographier, enregistrer des vidéos, interviewer ou autrement enregistrer les participants et leurs familles et amis dans ces programmes. Les images, vidéos et interviews résultantes peuvent être utilisées, avec ou sans le nom du participant, dans des médias imprimés et électroniques tels que des brochures, des livres, des bulletins d'information imprimés et électroniques, des DVD et vidéos, des sites web, des réseaux sociaux et des blogs (collectivement, les "Médias").

J'autorise et permets par la présente aux Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, de photographier et/ou d'enregistrer mon image et celle de mon enfant, mon nom et celui de mon enfant, notre ressemblance et le son de ma voix et de celle de mon enfant lors des activités et événements spéciaux du programme financé par le DYCD, et je consens par la présente à ce que les images, vidéos et interviews résultants soient utilisés, sans compensation et sans autre approbation par les Parties Autorisées, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

☐ Oui ☐ Non

Si, au cours de la participation aux activités et événements spéciaux du programme financé par le DYCD, une œuvre originale telle que de l'art, de la musique, de la chorégraphie, de la poésie ou de la prose (collectivement, “Œuvre Originale”) est créée par moi ou mon enfant, je consens par la présente à ce que cette Œuvre Originale soit utilisée par les Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

☐ Oui ☐ Non

Si le participant a 18 ans et plus:

Je reconnais que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

☐ Oui ☐ Non

_____	_____	_____
Nom Complet du Participant	Signature du participant	Date

Si le participant a moins de 18 ans:

_____	_____	_____
Nom Complet du Participant	Signature du parent/tuteur	Date

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Consentement du Parent/Tuteur pour Collecter et Partager les Informations de l'Élève

Le **Département de la Jeunesse et du Développement Communautaire (DYCD)** finance ce programme dans le cadre de sa mission pour vous aider à soutenir votre enfant afin qu'il ou elle atteigne son plein potentiel. Bon nombre de nos programmes sont gérés par des organisations communautaires. Nous travaillons pour garantir que les services que vous et vos enfants recevez soient de la plus haute qualité. Le DYCD vous demande la permission de nous permettre de collecter les informations dont nous avons besoin sur votre enfant, sa participation et la qualité des services fournis.

Quelles informations provenant des dossiers scolaires de votre enfant le DYCD demande-t-il?

Nous sollicitons votre autorisation pour que les écoles publiques de New York (NYCPS) partagent avec le DYCD des informations personnellement identifiables provenant des dossiers scolaires de votre enfant. Les informations que nous aimerions collecter comprennent des informations biographiques et d'inscription (notamment le nom, l'adresse, la date de naissance, le numéro d'identification de l'étudiant, la classe, les écoles fréquentées ainsi que les données de transfert, de renvoi et de diplôme de votre enfant); les données concernant l'assiduité scolaire de votre enfant (y compris le nombre de jours de présence et d'absences); les données de performance académique (y compris les résultats de votre enfant aux examens d'État et nationaux, les crédits obtenus, les notes, le statut de promotion et de maintien, et le score fitnessgram); et les données relatives à toute mesure disciplinaire prise contre votre enfant (y compris le nombre et le type de suspensions).

Nous demandons la permission de collecter les informations listées ci-dessus concernant votre enfant sur une base passée, présente et future (c'est-à-dire continue). Nous sollicitons également votre autorisation pour que le DYCD partage les informations que nous recueillons sur le formulaire d'inscription auprès du personnel de la NYCPS. Ces informations incluent les données d'inscription, les intérêts et les défis de l'élève, le type de programme suivi et la fréquence de participation. Ces informations seront utilisées pour aider l'école et l'organisation communautaire à collaborer afin de répondre aux besoins de vous et de votre enfant.

Qui verra les informations de mon enfant et comment seront-elles protégées?

Les seules personnes qui verront les informations individuelles de votre enfant sont le personnel du DYCD et de la NYCPS qui gère les systèmes de données et prépare les rapports de recherche et les analyses des programmes. Le nombre limité de membres du personnel du DYCD ayant accès aux informations personnelles est sélectionné, et reçoit une formation approfondie pour suivre des directives strictes sur la protection de la confidentialité des informations permettant d'identifier personnellement vous ou votre enfant. Les informations personnellement identifiables recueillies à partir des dossiers scolaires ne seront partagées électroniquement qu'entre la NYCPS et le DYCD et seront sécurisées et protégées dans la base de données du DYCD. Les informations personnellement identifiables ne seront pas partagées avec des organisations communautaires ou leurs membres du personnel. Nous ne mentionnerons ni votre nom ni celui de votre enfant dans aucun rapport publié. Bien que nous demandions votre consentement, vos réponses aux demandes ci-dessous n'affecteront pas la participation de votre enfant aux programmes soutenus par le DYCD.

Veuillez cocher Oui ou Non pour chacune des déclarations suivantes:

Je comprends pourquoi DYCD demande ma permission pour accéder aux informations listées ci-dessus dans les dossiers scolaires de mon enfant, et je donne la permission au DOE de partager ces informations avec DYCD de manière continue.

☐ **Oui, je donne ma permission** ☐ **Non, je ne donne pas ma permission**

Je comprends pourquoi DYCD demande ma permission pour partager les informations sur mon enfant recueillies par DYCD avec le personnel du DOE, et je donne ma permission à DYCD de partager ces informations avec le DOE de manière continue.

☐ **Oui, je donne ma permission** ☐ **Non, je ne donne pas ma permission**

Nom de l'étudiant(e)/du candidat(e):_____

Nom du parent/tuteur: _____

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____

Nom supplémentaire du parent/tuteur (optionnel): _____

Signature supplémentaire du parent/tuteur (optionnel): _____

Formulaire Universel de participantion DYCD : Demande pour jeunes (13 ans et moins)

Consentement à faire des recommandations et à partager des informations

Le Département de la jeunesse et de la communauté de la ville de New York (DYCD) investit dans des programmes et des services pour aider nos communautés et les personnes qui y vivent. Nous voulons nous assurer que vous les connaissez et vous faciliter la tâche.

Pourquoi nous avons besoin de votre autorisation
Avec lui, nous pouvons :

- Décider si vous êtes éligible aux services ;
- vous envoyer des informations sur les programmes et services financés par DYCD auxquels vous pouvez postuler ;
- vous envoyer des informations sur les activités de recherche, les groupes de discussion et les enquêtes liées à l'amélioration du programme ;
- partager les informations de votre demande de participant DYCD avec les programmes auxquels vous postulez; et
- suivre les résultats des services que vous recevez.

Ce que nous partageons

Nous ne donnerons des informations que pour montrer que vous êtes admissible ou vous aider à vous inscrire à des programmes financés par DYCD

Qui voit vos informations et comment les protégeons-nous ?

Seuls les employés autorisés de DYCD et des programmes financés par DYCD peuvent le voir.

Veuillez lire ci-dessous, cocher l'une des cases et remplir le reste.

Je comprends que DYCD a besoin de mon consentement pour :

- décider si Je suis éligible aux services ;
- m'envoyer des informations sur les programmes et services auxquels je peux postuler ;
- m'orienter vers des programmes financés par DYCD ;
- m'envoyer des informations sur les activités de recherche, les groupes de discussion et les enquêtes liées à l'amélioration du programme ;
- partager les informations de ma demande de participant DYCD avec les programmes auxquels je postule ; et
- suivre les résultats des services que je reçois.

☐ Oui, Je donne mon consentement. ☐ Non, Je ne donne pas mon consentement.

Nom complet du participant (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Signature du participant (ou du parent/tuteur pour les participants de moins de 18 ans)

Date