



# ¡BIENVENIDOS!

## VISIÓN GENERAL DE DYCD

El Departamento de los Jóvenes y el Desarrollo Comunitario (DYCD, por sus siglas en inglés) es una agencia que financia programas para los jóvenes y las familias. Estos programas son operados por organizaciones de base comunitaria (CBO, por sus siglas en inglés). DYCD le da las gracias por su inscripción o la de su hijo o hija en este programa.

## PANORAMA DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Por favor responda todas las preguntas que se le presentan más adelante en este documento para ayudarnos a proporcionar servicios de calidad. Aquellas que están marcadas con un asterisco (\*) son opcionales. Si hay una pregunta que usted no entienda, por favor pida ayuda. Puede hablar con uno de los trabajadores de CBO que operan el programa o llamar al 311 y pedir la línea directa de DYCD Youth (Departamento de Jóvenes). DYCD también tiene un sitio web [www.nyc.gov/dycd](http://www.nyc.gov/dycd) y lo puede seguir en Facebook y Twitter para información adicional acerca de los servicios de DYCD.

Este paquete de inscripción le permitirá a usted o a su hijo o hija inscribirse en este programa. La información obtenida en este formulario le ayudará al programa a proporcionar un ambiente seguro y saludable, y a proporcionar los servicios apropiados. Secciones del paquete de inscripción:

- Bienvenida y panorama del paquete (esta página)
- Antecedentes del participante (páginas 2, 3)
- Salud y seguridad de los participantes (páginas 3, 4)
- Firmas (páginas 5, 6)
- Formulario de autorización de los padres (firmas)
- Otros \_\_\_\_\_

## PANORAMA DEL PROGRAMA

**COMPASS (Sistema Integral Después de Escuela):** la iniciativa COMPASS es el programa después de la escuela pública de la ciudad y se centra en proporcionar las actividades académicas, recreativas, cívicas y culturales para los estudiantes. Los programas dan servicio los estudiantes en los grados K - 8 después de la escuela, en muchas de las vacaciones escolares, durante parte del verano y típicamente se dividen entre primaria y secundaria. Los programas son operados por organizaciones de base comunitaria y enfatizan fuerte relaciones entre las organizaciones y las escuelas, así como participación de las familias. Los programas COMPASS principalmente están basados en la escuela y también operan desde los centros comunitarios, desarrollos de vivienda pública y parques de la ciudad.

Este programa es dirigido por:

**Descripción de la organización de base comunitaria**  
*Nombre, breve descripción e información de contacto*

*Pr favor guarde esta página para sus archivos y futura referencia.*

<b>Padre principal / Tutor del participante:</b>		<b>¿Quién se está inscribiendo en este programa?</b> <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi hijo/hija <i>Para registrarse, usted debe tener al menos 18 años.</i>	
<b>Numero de Teléfono:</b>		<b>Numero de Teléfono(2):</b>	
		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Fecha</b>		<b>Año del programa</b>	
<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>	
<b>Dirección del hogar</b>		<b>Número de apartamento</b>	
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	
<b>Código postal</b>		<b>Distrito</b>	
<b>Teléfono del hogar</b>		<b>Teléfono celular</b>	
<b>Correo electrónico</b>		<b>Número de seguro social</b>	
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No responde	<b>*Prueba de identidad</b>	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Identificación estatal (no es licencia de conducir) <input type="checkbox"/> Otros
<b>Fecha de nacimiento</b>			
<b>Origen étnico</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> No responde		
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de la Polinesia <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No responde		
<b>País de origen</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Primer idioma</b>	
<b>Dominio del inglés</b>		<b>Idioma(s) adicional(es)</b>	
<b>Estudio</b>	¿Estudia el participante?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Si la respuesta es "Sí":</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
<b>Tipo de escuela</b>	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Particular subvencionada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra	<b>N.º de Identificación / OSIS de la escuela</b>	
<b>Escuela Nombre Maestro / asesor</b>		<b>Escuela Direccion</b>	
		<b>Grado actual</b>	
<b>Si usted NO es un estudiante, por favor escriba el último grado que completó:</b>		<input type="checkbox"/> Grado K-11; por favor escriba su grado: _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Equivalencia de preparatoria <input type="checkbox"/> Estudios parciales en la universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	
<b>Si usted NO es un estudiante, usted es:</b>		<input type="checkbox"/> Desempleado por _____ semanas <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial	
<b>Por favor escriba el nombre de cualquier persona en su hogar que participe de este programa. Proporcione nombres y apellidos.</b>			

# 1 ANTECEDENTES DEL PARTICIPANTE

## Sección 1. Antecedentes del participante (continuación)

otra información de la familia y el hogar	El participante vive en un hogar que es: <i>(Marque todas las que apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Vivienda familiar propia <input type="checkbox"/> Vivienda NYCHA			
	O el participante: <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Otro:			
	¿Está o ha estado alguna vez el participante en acogida temporal (foster care)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha estado inscrito el participante en programas dirigidos por la Administración de Servicios para Menores (ACS, por sus siglas en inglés)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Está el participante o cualquier miembro de su hogar (de 0 a 64 años de edad) cubierto por Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o algún seguro médico privado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si su respuesta a la pregunta anterior fue “no”, ¿le gustaría ser contactado por alguien que le brinde ayuda con un seguro médico?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Número de individuos que viven en su hogar:			
	* ¿Recibe el participante o algún miembro de su hogar asistencia pública?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	* ¿Recibe el participante o algún miembro de su hogar cupones para comida?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	* Ingresos brutos por año en su hogar:		\$ _____	
El participante vive en un hogar que está liderado por:		<input type="checkbox"/> Sí mismo, soltero, sin hijos	<input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Padre y madre (dos padres) <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin hijos	
* Fuentes del ingreso familiar:				
<input type="checkbox"/> Empleo		<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Seguro social	
<input type="checkbox"/> Pensión		<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Otro _____	

# 2 SEGURIDAD DEL PARTICIPANTE

**CONTACTOS DE EMERGENCIA:** Si hay una emergencia, por favor contacte a los siguientes individuos:

<b>NOMBRE</b>	.....	<b>Relación con el participante:</b>	
<b>Recoger</b>	<input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger a mi hijo.	<b>Contacto</b> Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____	
<b>Dirección</b>	.....		
<b>Apto.</b>	.....		
<b>Ciudad, Estado</b>	.....		
<b>Cód. postal</b>	.....		

<b>NOMBRE</b>	.....	<b>Relación con el participante:</b>	
<b>Recoger</b>	<input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger a mi hijo.	<b>Contacto</b> Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____	
<b>Dirección</b>	.....		
<b>Apto.</b>	.....		
<b>Ciudad, Estado</b>	.....		
<b>Cód. postal</b>	.....		

### Sección 2. Seguridad del participante (continuación)

#### INFORMACIÓN DE SALUD DEL PARTICIPANTE

Por favor marque cada una de las opciones que aplican al participante. Muchas de las necesidades o desafíos de salud pueden ser atendidos y pueden no limitar la inscripción al programa.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias a la comida        | <input type="checkbox"/> Asuntos de conducta/emocionales  | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Obesidad               |
| <input type="checkbox"/> Alergias a los medicamentos | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ataques   | <input type="checkbox"/> Medicamento   | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Enfermedades congestivas (p.ej., soplo/enfermedad del corazón, presión arterial) | <input type="checkbox"/> Aparatos correctivos (p.ej., muletas, aparatos auditivos, anteojos) | <input type="checkbox"/> Embarazo               |

Si usted ha marcado una de las opciones anteriores O hay otras necesidades importantes con relación a su salud que puedan afectar su participación en el programa, incluyendo actividades que el participante NO PUEDE hacer, por favor proporcione detalles:



Esta sección es solo para los padres que inscriben a sus hijos.



#### INFORMACIÓN DE QUIÉN RECOGE AL MENOR A LA SALIDA

Mi hijo tiene permiso para caminar a nuestra casa a la hora de salida.  Sí  No

Mi hijo/hija NO DEBE ser recogido por: \_\_\_\_\_

Los siguientes individuos están autorizados para recoger a mi hijo/hija:

NOMBRE	Relación con el participante:
<b>Teléfono</b>	Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Correo electrónico:</b>	

NOMBRE	Relación con el participante:
<b>Teléfono</b>	Escriba todos los teléfonos y señale la mejor opción para llamar en caso de emergencia: <input type="checkbox"/> Hogar _____ <input type="checkbox"/> Celular _____ <input type="checkbox"/> Trabajo _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Correo electrónico:</b>	

**INTERESES DEL PARTICIPANTE**

Intereses/actividades	<input checked="" type="checkbox"/> Le gusta/fortalezas	<input type="checkbox"/> No le gusta/desafíos
Lectura		
Matemática		
Medios de comunicación (arte digital, fotografía, videografía)		
Escritura (poesía, cuento, periodismo)		
Arte (pintura, dibujo, escultura)		
Representación (música, danza, drama)		
Ciencia Tecnología Ingeniería Matemática /STEM, siglas en inglés		
Deportes (de equipo, individuales)		
Videojuegos		
Juegos de mesa		
Cocina y nutrición		
Jardinería		

¿Cómo le podemos ser útiles a usted o a su hijo/hija? ¿Hay otros servicios o actividades que serían interesantes o útiles para usted o su hijo/hija? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/hija un plan educativo personalizado (IEP) y/o necesidades especiales?  Sí  No

Por favor use el espacio de abajo o al reverso de la página para proveer detalles o comunicar las metas que a usted le gustaría compartir con nosotros.

**OTROS SERVICIOS**

\*Por favor señale otros servicios de DYCD sobre los cuales usted o su familia deseen saber más.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación/Alfabetización/<br>Equivalencia de la preparatoria                            | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda                     | <input type="checkbox"/> Servicios para los adultos mayores |
| <input type="checkbox"/> Alfabetización para adolescentes  | <input type="checkbox"/> Servicios para los inmigrantes             | <input type="checkbox"/> Empleo de verano para los jóvenes  |
| <input type="checkbox"/> Servicios de paternidad   | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo para la comunidad LGBTQ | <input type="checkbox"/> Pasantías para los adultos jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Talleres/ferias (preparación para la universidad, planeación financiera, crianza, etc.) | <input type="checkbox"/> Jóvenes huidos de casa y sin hogar         |   |

**FIRMAS**

Según mi leal saber y entender, toda la información anteriormente proporcionada es veraz y correcta. Estoy de acuerdo con su verificación y entiendo que la falsificación puede ser la base para una terminación del servicio. La información proporcionada puede ser usada por la Ciudad de Nueva York para mejorar sus servicios o para acceder a financiamiento adicional.

He completado esta solicitud para mi hijo/hija.

Padre o madre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Firma) (Fecha)

He completado esta solicitud para mí mismo.

Solicitante: (18 años o más) \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Firma) (Fecha)

Organización: \_\_\_\_\_

Especialista/personal de inscripciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Autorización del padre o la madre o del tutor legal**

El **Departamento para el Desarrollo Comunitario y de los Jóvenes (DYCD**, por sus siglas en inglés) proporciona financiación para este programa como parte de su misión para ayudarlo a usted a que ayude a su hijo o hija a alcanzar su máximo potencial. Muchos de nuestros programas son manejados por organizaciones radicadas en las comunidades. Trabajamos para asegurarnos de que los servicios que usted y su hijo o hija reciben son de la más alta calidad. Por medio del presente documento, DYCD pide su permiso para permitirnos a nosotros obtener información sobre su hijo o hija, su participación y la calidad de los servicios proporcionados.

### **Autorización para recolectar y compartir información del estudiante**

#### **¿Qué información acerca del expediente educativo de su hijo o hija está solicitando DYCD?**

Estamos solicitando su permiso para que el **Departamento de Educación de NYC (DOE, por sus siglas en inglés)** comparta información personalmente identificable de los expedientes educativos de su hijo o hija con DYCD. La información con la que nos gustaría contar consiste en información biográfica y de inscripción (específicamente: el nombre de su hijo o hija, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación de estudiante, grado en el que se encuentra, escuela o escuelas a las que ha asistido e información sobre transferencias, altas y graduación de su hijo o hija); información concerniente a la asistencia de su hijo o hija a la escuela (incluyendo el número de días que asistió y las ausencias); e información sobre su desempeño académico (incluyendo los resultados de su hijo o hija en exámenes estatales y nacionales, créditos obtenidos, calificaciones, estado de promociones y retenciones, y el resultado de su examen de evaluación física); por último, información relacionada con cualesquiera acciones disciplinarias tomadas en contra de su hijo o hija (incluyendo el número y el tipo de suspensiones).

Solicitamos recolectar la información descrita arriba acerca de su hijo o hija en lo que se refiere al pasado, presente y futuro (esto es, en curso). Asimismo, solicitamos su permiso para que DYCD comparta la información que recolectemos en el formulario de inscripción de usted y/o de su hijo o hija con el personal de DOE. La información incluye información de registro, intereses y desafíos del estudiante, tipo de programa en el que se inscribe y frecuencia de la participación. Esta información será usada para ayudar a que la escuela y la organización comunitaria trabajen de manera conjunta en la satisfacción de sus necesidades y las de su hijo o hija.

#### **¿Quién verá la información acerca de mi hijo o hija y cómo será protegida?**

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo o hija serán el personal de DYCD y DOE que maneja los sistemas de información y prepara los informes de investigación y los análisis del programa. Al número limitado de personal identificado de DYCD que recibe la información personal, se les revisa y se les proporciona amplia capacitación de modo que sigan las estrictas directrices de protección de confidencialidad de la información que lo/la identificaría personalmente a usted o a su hijo o hija. La información personalmente identificable que se obtenga de los expedientes educativos de los estudiantes sólo será compartida electrónicamente entre DOE y DYCD, y será asegurada y protegida en la base de datos de DYCD. La información personalmente identificable no será compartida con ninguna organización comunitaria ni con su personal.

No usaremos su nombre ni el de su hijo o hija en ningún informe publicado. En tanto solicitamos su autorización, sus respuestas a las solicitudes planteadas a continuación no afectarán la participación de su hijo o hija en los programas patrocinados por DYCD.

#### ***Por favor marque Sí o No a cada una de las siguientes declaraciones:***

- Entiendo por qué DYCD está pidiendo mi permiso para tener acceso a la información descrita en la parte de arriba de este documento acerca de los expedientes educativos de mi hijo o hija, y le doy permiso a DOE para compartir esa información con DYCD de manera regular y continua.  
 Sí, doy mi permiso     No, no doy mi permiso
- Entiendo por qué DYCD está pidiendo mi permiso para compartir la información recolectada por ellos acerca de mi hijo o hija con el personal de DOE, y le doy mi permiso a DYCD para compartir esa información con DOE de manera regular y continua.  
 Sí, doy mi permiso     No, no doy mi permiso

Nombre del estudiante/solicitante: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o la madre o del tutor legal: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre adicional o del tutor legal: \_\_\_\_\_  
Firma del padre adicional o del tutor legal: (opcional) \_\_\_\_\_

---

### **Autorización para fotografía/videograbación y uso del trabajo con los jóvenes**

Por favor tenga en cuenta que, a veces, nuestro personal, fotógrafos, periódicos, reporteros de televisión, representantes de los medios y personal de relaciones públicas pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales, tanto en la escuela como fuera de ella. En algunos casos, pueden fotografiar, entrevistar o grabar a los jóvenes que participan de estos eventos. Las imágenes resultantes, los videos o las entrevistas pueden ser usadas únicamente sin fines de lucro por parte del programa para promover los programas en medios impresos y electrónicos de nuestra agencia, tales como folletos, libros, boletines informativos impresos y por correo electrónico, DVD y videos, sitios web y blogs. Estas imágenes también pueden ser usadas por DYCD para sus publicaciones con fines educativos sin fines de lucro.

- Entiendo que mi hijo o hija puede ser fotografiado, entrevistado o grabado durante las actividades programadas y los eventos especiales y doy permiso para que mi hijo o hija sea fotografiado, entrevistado o grabado únicamente para los propósitos no comerciales y sin fines de lucro del programa.  
 Sí, doy mi permiso  No, ustedes no tienen mi permiso
- Entiendo que el trabajo de mi hijo o hija puede ser usado en materiales que promocionan programas, únicamente para los propósitos no comerciales y sin fines de lucro del programa.  
 Sí, doy mi permiso  No, ustedes no tienen mi permiso

### **Autorización para tratamiento médico de emergencia**

Concedo autoridad al personal de la Agencia del Programa para obtener el tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo o hija con el entendimiento que la familia será notificada tan pronto como sea posible. Entiendo que se llevarán a cabo todos los esfuerzos para contactarme antes y después de que se proporcione la atención médica.

Sí, doy mi permiso  No, no doy mi permiso

### **Declaración de autorización**

Yo, el abajo firmante, certifico que he revisado todas las declaraciones de autorización de este documento y he indicado mis preferencias. Entiendo que la autorización es voluntaria y que puedo retirarla en cualquier momento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante/aplicante

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (*Si tiene o es mayor de 18 años*)

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o la madre o del tutor legal  
Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre o del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre adicional o del tutor legal  
Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre adicional o del tutor legal

Agencia: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

## Consentimiento de los padres para participar en la recopilación de datos

Estimados padres:

Su hijo/a, \_\_\_\_\_, está inscrito/a en un programa en \_\_\_\_\_ que recibe el apoyo del Department of Youth and Community Development (DYCD). A fin de garantizar la eficacia de este programa y su éxito futuro, DYCD recopilará información sobre las experiencias de los participantes del programa. Dicha información ayudará a DYCD a conocer de qué forma el programa ayuda a los estudiantes y de qué forma puede mejorarse. Este proyecto fue aprobado por el Departamento de Educación.

Específicamente, solicitamos la autorización de los padres para:

- Interrogar a los niños sobre el programa de DYCD.

**La información que recopilamos únicamente se utilizará para evaluar el programa de DYCD y no adquirirá carácter público. La participación en la evaluación no afectará a su hijo/a en la escuela, en el programa, ni en ningún otro aspecto. En los informes, no mencionaremos su nombre ni el nombre de su hijo/a.** La participación es totalmente voluntaria y los participantes se pueden retirar en cualquier momento sin sufrir consecuencia alguna.

Seleccione una de las opciones que figuran a continuación.

**Únicamente deberá completar y entregar este formulario si selecciona la opción “No, no quiero que mi hijo/a participe”.**

**SÍ, AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR.** He leído la información que antecede y autorizo a mi hijo/a a participar en el sondeo de DYCD.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO, NO QUIERO QUE MI HIJO/A PARTICIPE.** He leído la información que antecede y **NO** autorizo a mi hijo/a a participar en las actividades de recopilación de datos de DYCD.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene preguntas o consultas, comuníquese con el coordinador/director del programa extraescolar o con Lisa Gulick, de Assistant Commissioner, Planning, Research and Program Development at DYCD al **(212) 676-8100** o por correo electrónico a [lgulick@dycd.nyc.gov](mailto:lgulick@dycd.nyc.gov).

New York City  
Department of Youth and Community Development  
<http://www.nyc.gov/html/dycd/>