

NEW YORK EDGE Spanish Participant Enrollment Form 2022 - 2023

Información del Solicitante

Para los fines de este formulario, solicitante se refiere a la persona que solicita recibir los servicios. Por favor, seleccione uno:		
<input type="checkbox"/> Estoy llenando este formulario para mí	<input type="checkbox"/> Soy un padre, madre o tutor legal que llena este formulario para mi hijo	
<input type="checkbox"/> Soy un familiar/no familiar, que llena este formulario a nombre del solicitante		
Nombre del Solicitante:	Apellido del Solicitante:	Inicial Segundo Nombre:
Fecha Nacimiento del Solicitante (DD/MM/ANO):	Dirección Principal del Solicitante (Número y Calle):	
Número Apto. Solicitante:	Ciudad del Aplicante:	Código Postal:
Genero del Solicitante al Nacer (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X (ni masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> No está seguro	Raza del Solicitante (Seleccione todas la que correspondan): <input type="checkbox"/> Nativo Americano y Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Medio Oriente/Norte de África <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro: _____	Etnia del Solicitante (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
Identidad de Género del Solicitante (Seleccione todas las que Correspondan) Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-Binario (ni Femenino ni Masculino) <input type="checkbox"/> Género No Conforme <input type="checkbox"/> Dos Espíritus (Nativo Americano/Naciones Indígenas)	<input type="checkbox"/> Otro Género: _____ <input type="checkbox"/> No está Seguro <input type="checkbox"/> No entiende la pregunta <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	¿Se identifica el solicitante como transgénero? (Seleccione uno) Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está Seguro <input type="checkbox"/> No entiende la pregunta <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder

Pronombre de Género del Solicitante (Seleccione uno) Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro Pronombre: _____ <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	Orientación Sexual del Solicitante Para aplicaciones Mayores 14 de Anos: <input type="checkbox"/> Heterosexual (straight) <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> En duda <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> Otra Orientación Sexual: _____ <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder
El solicitante vive en un complejo de NYCHA (proporcione el nombre) _____	

Información del solicitante

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:	

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:

<input type="checkbox"/> Casa _____	<input type="checkbox"/> Móvil _____	<input type="checkbox"/> No poseo correo electrónico
<input type="checkbox"/> Trabajo _____	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Casa _____	<input type="checkbox"/> Móvil _____
<input type="checkbox"/> Trabajo _____	<input type="checkbox"/> Correo electrónico _____

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

Información del contacto de emergencia

Se debe identificar a al menos un contacto de emergencia

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

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: _____ 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: _____

Obligatorio para alumnos de tiempo completo

Nivel Educativo/ Estatus Laboral del Solicitante

Escuela Primaria Pre-K K 1st 2nd 3rd
 4th 5th

Escuela Media: 6th 7th 8th

Escuela Secundaria: 9th 10th 11th 12th
 Obtuvo el Diploma de Secundaria
 Obtuvo Equivalencia de la Escuela Secundaria

Instituto de Enseñanza Superior: 1st ano 2nd ano 3rd ano
 4th Ano+ Obtuvo Diploma de Técnico

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 Si _____

¿Tiene el solicitante asma?

No Si _____

¿Requiere el solicitante alguna atención médica especial?

No Si _____

¿Toma el solicitante medicación por alguna afección o enfermedad?

No Si _____

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

No Si _____

Brinde la información de salud adicional que resulte necesaria:

N/A

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

N/A

Estatus del Seguro de Salud del Solicitante

<p>¿Cuenta el solicitante con un seguro de salud? (Seleccione Uno):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p>	<p>If yes, what kind of health insurance does the applicant have? (Check all that Apply):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Medicaid</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Medicare</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cobertura por medio del Empleo</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia Médica para Militares</td> <td><input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Adultos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Compra Directa</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños	<input type="checkbox"/> Cobertura por medio del Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica para Militares	<input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Adultos	<input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder	
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños								
<input type="checkbox"/> Cobertura por medio del Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica para Militares	<input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro de Salud para Adultos								
<input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder									
<p>Si no cuenta con un seguro de salud, quiere que alguien se comunique con usted para que le brinde información sobre cómo inscribirse en un seguro de salud público? (Seleccione uno)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p>	<p>Si desea que lo contactemos para infórmale acerca de cómo inscribirse en un seguro de salud público, ¿a través de qué método prefiere que lo contactemos? (Seleccione uno):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Por medio de un Proveedor</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p>									

Información de Aplicación Adicional

<p>¿Qué tan bien habla el solicitante inglés? (Seleccione Uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Fluido/Muy bien</p> <p><input type="checkbox"/> Bien</p> <p><input type="checkbox"/> Nada Bien</p> <p><input type="checkbox"/> Mal</p>	<p>Lengua Materna del Solicitante (Seleccione Uno):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> <i>Albano</i></td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Árabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengalí</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Chino*</i></td> <td><input type="checkbox"/> Frances</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fulani</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Alemán</i></td> <td><input type="checkbox"/> Gujarati</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Criollo Haitiano</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Hebreo</i></td> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Húngaro</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Italiano</i></td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Kru, Ibo, o Yoruba</i></td> <td><input type="checkbox"/> Mande</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punjabi</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Persa</i></td> <td><input type="checkbox"/> Polaco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Rumano</i></td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Tagalo</i></td> <td><input type="checkbox"/> Turco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Vietnamita</i></td> <td><input type="checkbox"/> Yídish</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> <i>Albano</i>	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> <i>Chino*</i>	<input type="checkbox"/> Frances	<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> <i>Alemán</i>	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> <i>Hebreo</i>	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> <i>Italiano</i>	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> <i>Kru, Ibo, o Yoruba</i>	<input type="checkbox"/> Mande	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> <i>Persa</i>	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> <i>Rumano</i>	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> <i>Tagalo</i>	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> <i>Vietnamita</i>	<input type="checkbox"/> Yídish	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> <i>Albano</i>	<input type="checkbox"/> Árabe																																
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> <i>Chino*</i>	<input type="checkbox"/> Frances																																
<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> <i>Alemán</i>	<input type="checkbox"/> Gujarati																																
<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> <i>Hebreo</i>	<input type="checkbox"/> Hindú																																
<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> <i>Italiano</i>	<input type="checkbox"/> Japonés																																
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> <i>Kru, Ibo, o Yoruba</i>	<input type="checkbox"/> Mande																																
<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> <i>Persa</i>	<input type="checkbox"/> Polaco																																
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> <i>Rumano</i>	<input type="checkbox"/> Ruso																																
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> <i>Tagalo</i>	<input type="checkbox"/> Turco																																
<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> <i>Vietnamita</i>	<input type="checkbox"/> Yídish																																
<input type="checkbox"/> Otro: _____																																		
<p>Otros Idiomas que Habla el Solicitante (Seleccione todos los que correspondan):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> <i>Albano</i></td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Árabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengalí</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Chino*</i></td> <td><input type="checkbox"/> Frances</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fulani</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Alemán</i></td> <td><input type="checkbox"/> Gujarati</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Criollo Haitiano</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Hebreo</i></td> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Húngaro</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Italiano</i></td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Kru, Ibo, o Yoruba</i></td> <td><input type="checkbox"/> Mande</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punjabi</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Persa</i></td> <td><input type="checkbox"/> Polaco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Rumano</i></td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Tagalo</i></td> <td><input type="checkbox"/> Turco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urdu</td> <td><input type="checkbox"/> <i>Vietnamita</i></td> <td><input type="checkbox"/> Yídish</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> <i>Albano</i>	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> <i>Chino*</i>	<input type="checkbox"/> Frances	<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> <i>Alemán</i>	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> <i>Hebreo</i>	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> <i>Italiano</i>	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> <i>Kru, Ibo, o Yoruba</i>	<input type="checkbox"/> Mande	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> <i>Persa</i>	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> <i>Rumano</i>	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> <i>Tagalo</i>	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> <i>Vietnamita</i>	<input type="checkbox"/> Yídish	<input type="checkbox"/> Otro: _____			<p>¿Le gustaría al solicitante recibir información / ser contactado para registrarse para votar?* (Seleccione Una Opción):):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p style="font-size: small;">El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de los Estados Unidos si: 1) es ciudadano de los Estados Unidos 2) Cumple con los requisitos de residencia de su estado 3) Tienes 18 años Algunos estados permiten que los jóvenes de 17 años voten en las primarias y/o se inscriban para votar si cumplen 18 años antes de las elecciones generales Verifique los requisitos de edad en el registro de votantes de su estado</p>
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> <i>Albano</i>	<input type="checkbox"/> Árabe																																
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> <i>Chino*</i>	<input type="checkbox"/> Frances																																
<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> <i>Alemán</i>	<input type="checkbox"/> Gujarati																																
<input type="checkbox"/> Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> <i>Hebreo</i>	<input type="checkbox"/> Hindú																																
<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> <i>Italiano</i>	<input type="checkbox"/> Japonés																																
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> <i>Kru, Ibo, o Yoruba</i>	<input type="checkbox"/> Mande																																
<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> <i>Persa</i>	<input type="checkbox"/> Polaco																																
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> <i>Rumano</i>	<input type="checkbox"/> Ruso																																
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> <i>Tagalo</i>	<input type="checkbox"/> Turco																																
<input type="checkbox"/> Urdu	<input type="checkbox"/> <i>Vietnamita</i>	<input type="checkbox"/> Yídish																																
<input type="checkbox"/> Otro: _____																																		

Pick-up/Dismissal

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:**

Si No

<p>Al solicitante se le puede considerar como:</p> <p>¿Un individuo con una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p> <p>¿Padre/madre/tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Delincuente/involucrado en asuntos legales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Participante de hogar sustituto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Joven que ha huido del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Personal militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Si el solicitante es una persona con una discapacidad, seleccione el (los) tipo(s) de discapacidad (es) (seleccione todos los que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno Cognitivo</p> <p><input type="checkbox"/> Relacionado con la Audición</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de Aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Mental o Psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Condición de Salud Física/Crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de Movilidad/Física</p> <p><input type="checkbox"/> Relacionado con la Visión</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p>
--	--

Información del Hogar

Para todas las siguientes preguntas, **HOGAR** se define como: cualquier individuo o grupo de individuos (familiares o no familiares) que viven juntos como una unidad económica **EI INGRESO** se define como el ingreso bruto anual total de todos los miembros familiares y no familiares de 18 años o más que viven en el hogar

<p>El solicitante vive en un hogar encabezado por (Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p> <p><input type="checkbox"/> Madre Soltera <input type="checkbox"/> Dos Adultos – Sin Niños</p> <p><input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Familia Biparental</p> <p><input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con niños</p> <p><input type="checkbox"/> Persona Soltera – Sin Niños <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar Multigeneracional</p>	<p>Tipo de Vivienda del Solicitante (Seleccione Uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> NYCHA</p> <p><input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro tipo vivienda permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
---	--

<p>Número de Personas en el Hogar del Solicitante (Seleccione Uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres</p> <p><input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Seis</p> <p><input type="checkbox"/> Siete <input type="checkbox"/> Ocho <input type="checkbox"/> Nueve</p> <p><input type="checkbox"/> Diez <input type="checkbox"/> Once <input type="checkbox"/> Doce</p> <p><input type="checkbox"/> Trece <input type="checkbox"/> Catorce <input type="checkbox"/> quince</p> <p><input type="checkbox"/> Dieciseis <input type="checkbox"/> Diecisiete <input type="checkbox"/> Dieciocho</p> <p><input type="checkbox"/> Diecinueve <input type="checkbox"/> Veinte+</p>	<p>Ingreso bruto del hogar en los últimos 12 meses (Seleccione Uno):</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$1 to \$12,060 <input type="checkbox"/> \$12,061 to \$16,240</p> <p><input type="checkbox"/> \$16,241 to \$20,420 <input type="checkbox"/> \$20,421 to \$24,600 <input type="checkbox"/> \$24,601 to \$28,780</p> <p><input type="checkbox"/> \$28,781 to \$32,960 <input type="checkbox"/> \$32,961 to \$37,140 <input type="checkbox"/> \$37,141 to \$41,320</p> <p><input type="checkbox"/> \$41,321 to \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 to \$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,001 to \$70,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$70,001 to \$80,000 <input type="checkbox"/> \$80,001 to \$90,000 <input type="checkbox"/> \$90,001 to \$100,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$100,000+ <input type="checkbox"/> Se Rehúsa a Responder</p>
---	---

Fuentes del ingreso del hogar del solicitante: (Seleccione todas las que Correspondan):

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



Participación de los padres

Nombre de padre/madre:

Apellido de padre/madre:

Número de teléfono:

Número de teléfono del trabajo:

Número de teléfono celular:

Correo electrónico:

- Yo autorizo a New York Edge a enviar correo electrónico que contiene alertas especiales, avisos e información estudiantil. Podrá discontinuar estos correos electrónicos en cualquier momento.
- Yo autorizo a New York Edge a enviar mensajes de textos que contienen alertas especiales, avisos e información estudiantil a mi teléfono celular. Podrá discontinuar estos mensajes en cualquier momento. Cargos de mensajes de texto podrían ser aplicados según detallado por su plan celular.
- Yo autorizo a New York Edge para llamar/robollamar que contienen alertas especiales, avisos e información estudiantil a mi teléfono celular. Podrá discontinuar estos mensajes en cualquier momento. Cargos de mensajes de texto podrían ser aplicados según detallado por su plan celular.

¿A qué se dedica?

Cuál es la afiliación de su empresa (opcional):

Me gustaría apoyar los programas de New York Edge de la siguiente manera (marque las áreas de interés):

Hacerse voluntario:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Otoño (septiembre a diciembre) | <input type="checkbox"/> Involucrar a mi empresa |
| <input type="checkbox"/> Invierno (enero a marzo) | <input type="checkbox"/> Abogar por los programas después del horario escolar |
| <input type="checkbox"/> Primavera (abril a junio) | <input type="checkbox"/> Seguir las redes sociales de New York Edge |
| <input type="checkbox"/> Verano (julio a agosto) | <input type="checkbox"/> Enviar donaciones a New York Edge (en especie o monetarias) |
| | <input type="checkbox"/> Otro: |

Declaración de certificación

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. Estoy de acuerdo y acepto que cumpliré todas las reglas y regulaciones aplicables de este programa. Doy mi consentimiento para la inscripción y participación del niño mencionado anteriormente en este programa.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



EXENCIONES Y CONSENTIMIENTOS

Favor de colocar su inicial al lado de cada consentimiento a continuación.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Reconozco que los participantes realizarán actividades durante programas de New York Edge que podrían resultar en lesiones personales o daños a la propiedad. Por la presente libero y exonero a New York Edge de cualquier y todas las reclamaciones que yo o mi hijo/a podríamos tener derivadas de, o en relación con, la participación en el programa. Dicha demanda incluye, pero no se limita a, cualquier reclamación, demanda o causa de acción por lesiones a mi hijo/a, excepto cuando se debe a la negligencia de New York Edge.

CONSENTIMIENTO DE APRENDIZAJE ELECTRÓNICO: Entiendo que a veces mi participante podría tener que participar en el aprendizaje electrónico para participar en los programas New York Edge. New York Edge facilitará cualquier aprendizaje electrónico necesario, incluso en respuesta a los cierres relacionados con COVID-19, mediante las plataformas Google Classroom y Zoom.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las oportunidades de aprendizaje electrónico de New York Edge usando las plataformas de Google Classroom y Zoom.

Para obtener más información sobre las plataformas de aprendizaje electrónico, visite:

https://gsuite.google.com/terms/education_privacy.html (Google Classroom)

<https://zoom.us/terms> (Zoom)

CONSENTIMIENTO DE FOTO/VIDEO: Doy mi consentimiento para que mi participante sea fotografiado y/o grabado durante eventos y actividades de New York Edge, ya sea dentro de o fuera de la escuela. Doy mi permiso para cualquier fotografía y/o grabación sea exhibidas por New York Edge en cualquier medio legal (libros, boletines, sitios web, redes sociales, etc.) ahora o en el futuro, para lo cual ni yo ni mi participante recibiremos derechos de propiedad o compensación monetaria.

CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTAS/ENCUESTAS: Entiendo que New York Edge tiene eventos, tanto en como fuera de la escuela, en los cuales representantes de los medios de comunicación, reporteros de televisión, fotógrafos o personal de relaciones públicas podrían estar presente. En algunos casos podrían entrevistar, fotografiar o encuestar a los niños que participan en estos eventos, incluyendo a mi participante.

Entiendo que a mi participante se le podrían hacer preguntas sobre las actividades y programas de New York Edge, y que el contenido de esa entrevista podría ser publicado o transmitido públicamente. Entiendo que mi hijo/a estará bajo la supervisión del personal de New York Edge durante cualquier entrevista directa, sesión fotográfica o encuesta. Entiendo que mi participante se reserva el derecho de negarse a contestar cualquier pregunta o participar en cualquier discusión, y que mi hijo o el personal de supervisión de New York Edge podrían terminar la sesión en cualquier momento por cualquier motivo.

Yo, el abajo firmante, certifico que soy el padre o tutor legal de _____ cuya fecha de nacimiento es _____, que he leído los consentimientos descritos anteriormente y doy permiso para que mi participante participe en el programa de New York Edge.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



Consentimiento de los Padres para Participar en la Evaluación del Programa Extraescolar

Estimado Padre/Tutor,

Su hijo, _____, está inscrito en el programa extraescolar en _____.

Para supervisar la eficacia del programa extraescolar y asegurar su éxito futuro, New York Edge realizará evaluaciones en curso. Es la intención de las evaluaciones aprender cómo estos servicios ayudan a los estudiantes y cómo pueden mejorarse para satisfacer las necesidades de financiación.

Específicamente pedimos permiso a los padres para:

- Hablar con los maestros y el personal extraescolar sobre el progreso de los niños y su participación en el programa de actividades extraescolares, y revisar los registros del programa sobre la participación en el programa extraescolar.
- Encuestar y/o entrevistar a padres e hijos sobre el programa extraescolar y sus efectos. Habrá una encuesta distribuida mediante texto/correo electrónico a lo largo del año. La encuesta tomará aproximadamente 15 minutos. También podrán celebrarse debates de grupo, que durarán hasta 30 minutos.

Cualquier información que recopilamos se utilizará sólo para evaluar el programa extraescolar y no se divulgará públicamente. La participación en la evaluación es totalmente voluntaria, y los participantes pueden retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. La información personal no se utilizará para ningún propósito después de completada la evaluación.

Favor de colocar su inicial al lado de las opciones a continuación y devuelva el formulario al coordinador/director del programa.

_____ SÍ, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A PARTICIPE. He leído la información anterior y doy permiso para que mi hijo participe en la evaluación del programa extraescolar.

_____ NO, NO DESEO QUE MI HIJO/A PARTICIPE. He leído la información anterior y no doy permiso para que mi hijo/a participe en la evaluación del programa extraescolar.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR FECHA



Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Datos de Padres/Tutores

I. Información solicitada.

New York Edge solicita su permiso para recopilar datos sobre el rendimiento académico y la inscripción de su hijo/a. Esta información se utilizará con el fin de establecer los resultados del programa y podría ser utilizado en un formato combinado, no individualizado, para ayudar a abogar por la financiación continua.

- Comunicarse con la escuela de sus hijos y obtener registros que muestren su progreso, incluyendo boletas de calificaciones, calificaciones, en toda la ciudad y puntuaciones de exámenes a nivel estatal, asistencia, elección de escuela, y cualquier otro informe relacionado con el progreso académico.
- Información biográfica y de inscripción (que consiste específicamente en el nombre de su hijo, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, grado, escuela(s) atendidos y transferir, alta, y los datos de graduación sobre su hijo/a)
- Datos relativos a la asistencia escolar de su hijo (incluyendo el número de días y ausencias)
- Datos de desempeño académico (incluyendo los resultados de su hijo en exámenes estatales y nacionales, créditos obtenidos, calificaciones, estado de promoción y retención, y calificación de fitness gram)
- Datos relacionados con cualquier medida disciplinaria adoptada contra su hijo (incluyendo cantidad y tipo de suspensiones)

II. ¿Cómo se mantendrán confidenciales los datos de su hijo?

No usaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Mientras solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las siguientes solicitudes no afectarán la participación de su hijo en nuestros programas.

Favor de colocar su inicial al lado de cada Sí o No para la declaración a continuación:

- Entiendo por qué New York Edge está solicitando mi permiso para acceder a la información mencionada anteriormente de los registros estudiantiles de mi hijo/a, y doy permiso al DOE para compartir esa información con New York Edge de forma continua.

Sí, autorizo a New York Edge y DOE a compartir la información de registros estudiantiles de mi hijo/a.

No, no autorizo a New York Edge y DOE a compartir la información de registros estudiantiles de mi hijo/a.

Nombre del Estudiante/Solicitante: _____

Nombre del Padre/Tutor:(Favor de Escribir en Letra de Molde) _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor Adicional: (opcional) _____

Firma del Padre/Tutor Adicional: (opcional) _____



FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

(A ser completado por el padre/madre o tutor)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Autorizo a New York Edge (“Programa”) para, si es necesario, proporcionar primeros auxilios básicos de acuerdo a su nivel de capacitación. La evaluación de lesiones y la intervención incluirán el uso de antibióticos tópicos para la piel, según corresponda.
2. Si mi hijo(a) requiere atención médica de emergencia según lo determinado por un empleado del Programa debidamente capacitado, doy mi consentimiento al Programa mencionado para obtener la atención médica necesaria para mi hijo(a). Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que reciba mi hijo(a).
3. Por la presente, libero al Programa de cualquier y todo reclamo que yo o mi hijo(a) podamos tener en contra de New York Edge que surja o esté relacionado con el suministro de Primeros Auxilios como se describe en este documento, excepto cuando se deba a la negligencia del personal de New York Edge. Este acuerdo está firmado con el propósito de liberar, descargar e indemnizar plenamente al programa de toda responsabilidad según se describe en este documento.
4. Después de recibir atención médica de emergencia, mi hijo(a) puede ser dado de alta a las siguientes personas:

Nombre: _____	Relación con el(la) niño(a): _____	Edad: _____
Dirección: _____	Empleador: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	

Nombre: _____	Relación con el(la) niño(a): _____	Edad: _____
Dirección: _____	Empleador: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	

Nombre: _____	Relación con el(la) niño(a): _____	Edad: _____
Dirección: _____	Empleador: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono del trabajo: _____	

5. Información de salud:

Alergias: _____	Preferencia religiosa: (opcional) _____
Última antitetánica: _____	Medicamentos que está tomando: _____

Médico del estudiante
(Nombre y teléfono) _____

Antecedentes médicos u otros hechos pertinentes que deban tenerse en cuenta:

6. Entiendo que este consentimiento estará en efecto a partir de la fecha en que firme este formulario y continuará mientras mi hijo(a) esté inscrito en el Programa.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha