

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN STANU NOWY JORK  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

**PROGRAM INICJATYWY NA RZECZ SUKCESU W COLLEGE'U DLA MŁODZIEŻY  
Z RODZIN ZASTĘPCZYCH (FOSTER YOUTH COLLEGE SUCCESS INITIATIVE PROGRAM)**

**WAŻNE!**

**Być może kwalifikujesz się do dofinansowania studiów!**

- Jeśli jesteś osobą młodocianą pod opieką zastępczą lub przebywałeś(-aś) pod opieką zastępczą **po ukończeniu 13 roku życia** i uczęszczaś lub składasz podanie o przyjęcie do college'u/na uniwersytet, **możesz** kwalifikować się do dodatkowego dofinansowania i usług wsparcia. Program inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych w stanie Nowy Jork zapewnia dodatkowe usługi wsparcia i fundusze, aby pomóc w pokryciu kosztów studiów dla kwalifikujących się studentów.
  - Aby zakwalifikować się do tych funduszy, musisz być studentem Nowojorskiego Uniwersytetu Stanowego (State University of New York, SUNY), Nowojorskiego Uniwersytetu Miejskiego (City University of New York, CUNY) lub prywatnej instytucji szkolnictwa wyższego w północnej części stanu Nowy Jork z Programem Szans dla Szkolnictwa Wyższego (Higher Education Opportunity Program, HEOP).
- **Uwaga: Ten program NIE jest tym samym co Kupon na szkolenie edukacyjne (Education Training Voucher, ETV)!** Możesz ubiegać się i otrzymywać oba.

**Co należy zrobić?**

- Wydział Edukacji stanu Nowy Jork (The New York State Education Department, NYSED), Nowojorski Uniwersytet Stanowy oraz Nowojorski Uniwersytet Miejski muszą wiedzieć, czy obecnie lub wcześniej znajdowałeś(-aś) się pod opieką zastępczą. Informacja ta jest niezbędna, aby ocenić, czy możesz otrzymać dofinansowanie lub wsparcie.
- Jeśli otrzymałeś(-aś) ten formularz zgody w ramach Programu pomocy w regulowaniu czesnego (Tuition Assistance Program, TAP), upewnij się, że wypełniłeś(-aś) wniosek TAP w całości. Prosimy następnie o wypełnienie niniejszego formularza zgody i przesłanie go na adres e-mail podany na końcu formularza.

**Czy OCFS może udostępnić informacje dotyczące mojej opieki zastępczej NYSED, SUNY oraz CUNY bez mojej zgody?**

- **Nie.** Urząd ds. Usług dla Dzieci i Rodzin (Office of Children and Family Services, OCFS) nie może udostępnić informacji dotyczących opieki zastępczej bez Twojego pozwolenia lub, w przypadku, gdy nie skończyłeś(-aś) 18 lat, bez pozwolenia Twojego opiekuna prawnego. W związku z tym, OCFS wymaga wypełnienia formularza zgody.

**Chcę zobaczyć, czy mogę otrzymać pieniądze na college. Chcę udostępnić swoje informacje. Co mam zrobić dalej?**

- Jeśli **chcesz**, aby OCFS udostępniło Twoje informacje NYSED, to w przypadku, gdy masz skończone 18 lat, możesz wypełnić i zwrócić ten formularz. Jeśli nie masz skończonych 18 lat, Twój opiekun prawny musi wypełnić i zwrócić ten formularz.
- OCFS wyśle informację dotyczącą Twojego statusu jako osoby młodocianej, obecnie lub wcześniej przebywającej pod opieką zastępczą, do NYSED, SUNY lub CUNY.

**Co się stanie, jeśli nie zechcę udostępnić swoich informacji?**

- Udzielenie lub nieudzielenie informacji to wybór Twój lub Twojego opiekuna prawnego. Jeśli nie chcesz, aby OCFS udostępnił NYSED Twoje informacje dotyczące opieki zastępczej, nie musisz podejmować żadnych kroków. Tym razem nie będziesz brany(-a) pod uwagę przy dodatkowym wsparciu lub dofinansowaniu. Jeśli zmienisz zdanie i w przyszłości będziesz chciał(-a) być wzięty(-a) pod uwagę przy dodatkowym wsparciu lub dofinansowaniu, wtedy konieczne będzie wypełnienie formularza zgody.

• **Chcę dowiedzieć się więcej o tym programie. Z kim mogę się skontaktować?**

Aby uzyskać więcej informacji o Programie inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych, należy wysłać wiadomość e-mail do Wydziału Edukacji stanu Nowy Jork na adres [fosteryouth@nysed.gov](mailto:fosteryouth@nysed.gov).

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN STANU NOWY JORK  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

**PROGRAM INICJATYWY NA RZECZ SUKCESU W COLLEGE'U DLA MŁODZIEŻY  
Z RODZIN ZASTĘPCZYCH  
INSTRUKCJE**

- Jeśli masz co najmniej 18 lat, należy wypełnić **Część A**.
- Jeśli masz 17 lat lub mniej, powinieneś(-aś) przekazać tę informację swojemu rodzicowi lub opiekunowi prawnemu. Oni powinni wypełnić **Część B**.

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>CZĘŚĆ A:</b> Jeśli jesteś osobą młodocianą przebywającą obecnie lub w przeszłości pod opieką zastępczą oraz masz ukończone 18 lat, odpowiedz na pytania 1 i 2.   |                         |
| <p><b>1. Mam ukończone 18 lat</b> i niniejszym upoważniam OCFS do udostępnienia mojego imienia i nazwiska, czterech ostatnich cyfr mojego numeru ubezpieczenia socjalnego oraz mojego statusu jako osoby młodocianej przebywającej obecnie lub w przeszłości pod opieką zastępczą, Wydziałowi Edukacji stanu Nowy Jork (NYSED) wyłącznie w celu oceny moich uprawnień do dodatkowych usług oraz wsparcia w ramach Programu inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Ponadto upoważniasz NYSED do udostępniania poniższych informacji studenckich oraz Twojego statusu kwalifikacyjnego instytucji szkolnictwa wyższego, do której jesteś obecnie zapisany(-a), dla celów Inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych (Foster Youth College Success Initiative, FYCSI).</p>   |                         |
| <b>2. Informacje dotyczące studenta</b>   |                         |
| a. Nazwa Twojego college'u lub uniwersytetu:  |                         |
| b. Data zapisu:        /        /   |                         |
| c. Twoje imię:  |                         |
| d. Twoje nazwisko:  |                         |
| e. Czy byłeś(-aś) kiedyś znany(-a) pod jakimkolwiek innym imieniem? (w tym imię i nazwisko)   |                         |
| f. Twoja data urodzenia:        /        /  |                         |
| g. Prosimy o podanie tylko czterech ostatnich cyfr numeru ubezpieczenia społecznego (Social Security Number, SSN):  |                         |
| h. Prosimy o podanie adresu e-mail, pod którym NYSED będzie mógł skontaktować się z Tobą w sprawie Programu inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych:   |                         |
| i. Prosimy o podanie swojego numeru telefonu komórkowego jako dodatkowej opcji kontaktowej:   |                         |
| j. Adres korespondencyjny:  |                         |
| Podpis: <b>X</b>  | Data:        /        / |
| <b>CZĘŚĆ B:</b> Jeżeli jest Pan/Pani rodzicem lub opiekunem prawnym osoby młodocianej poniżej 18 roku życia, przebywającej obecnie lub w przeszłości pod opieką zastępczą, proszę odpowiedzieć na pytania 1, 2, i 3.  |                         |
| <p><b>1. Jestem rodzicem lub opiekunem prawnym niżej wymienionej osoby młodocianej.</b> Pełniąc tę rolę niniejszym upoważniam OCFS do udostępnienia imienia i nazwiska niżej wymienionej osoby młodocianej, czterech ostatnich cyfr jej numeru ubezpieczenia socjalnego oraz statusu osoby młodocianej jako przebywającej obecnie lub w przeszłości pod opieką zastępczą NYSED, wyłącznie w celu oceny jej uprawnień do dodatkowych usług oraz wsparcia w ramach Programu inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych (FYCSI). <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Ponadto upoważnia Pan/Pani NYSED do udostępniania poniższych informacji studenckich oraz statusu kwalifikacyjnego osoby młodocianej instytucji szkolnictwa wyższego, do której jest obecnie zapisana, dla celów Inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych (Foster Youth College Success Initiative, FYCSI).</p> |                         |
| <b>2. Informacje dotyczące ucznia</b>   |                         |
| a. Nazwa college'u lub uniwersytetu studenta:   |                         |
| b. Data zapisu:        /        /   |                         |
| c. Imię ucznia:   |                         |
| d. Nazwisko studenta:   |                         |
| e. Nazwa agencji:   |                         |
| f. Data urodzenia studenta:        /        /   |                         |
| g. Prosimy o podanie tylko czterech ostatnich cyfr numeru ubezpieczenia społecznego (Social Security Number, SSN):  |                         |
| <b>3. Dane rodzica/opiekuna prawnego</b>  |                         |
| a. Pana/Pani imię:  |                         |
| b. Pana/Pani nazwisko:  |                         |
| c. Pana/Pani związek z wymienionym powyżej studentem:   |                         |
| d. Prosimy o podanie adresu e-mail, pod którym NYSED będzie mógł skontaktować się z Panem/Panią w sprawie Programu inicjatywy na rzecz sukcesu w college'u dla młodzieży z rodzin zastępczych:  |                         |
| e. Prosimy o podanie swojego numeru telefonu komórkowego jako dodatkowej opcji kontaktowej:   |                         |
| f. Adres korespondencyjny:  |                         |
| Podpis: <b>X</b>  | Data:        /        / |

**Gdzie należy wysłać wypełniony formularz?**

Proszę wysłać formularz zgody drogą elektroniczną na adres: [FCY4College@ocfs.ny.gov](mailto:FCY4College@ocfs.ny.gov) Termin:        /        /

Wypełnienie tej zgody nie gwarantuje zakwalifikowania lub dofinansowania w ramach tego programu.