

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК  
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)  
**ПРОГРАММА ИНИЦИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ НА ПАТРОНАТНОМ ВОСПИТАНИИ  
С ФИНАНСИРОВАНИЕМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
(FOSTER YOUTH COLLEGE SUCCESS INITIATIVE PROGRAM)**

**ВАЖНО!**

**Вы можете соответствовать критериям получения дополнительного финансирования высшего образования.**

- Если вы проживаете или проживали в патронатной семье **после того, как вам исполнилось 13 лет**, и вы учитесь в колледже или поступаете в колледж, вы **можете** соответствовать критериям получения дополнительного финансирования и услуг поддержки. В рамках Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования предоставляются дополнительные услуги поддержки и финансирование на покрытие расходов на обучение в колледже для учащихся, соответствующих определенным критериям.
  - Право на получение дополнительного финансирования имеют студенты Государственного университета Нью-Йорка (State University of New York, SUNY), Городского университета Нью-Йорка (City University of New York, CUNY) или частного колледжа в штате Нью-Йорк, являющиеся участниками Программы возможностей в высшем образовании (Higher Education Opportunity Program, HEOP).
- **Обратите внимание! Эта программа НЕ тождественна программе выдачи ваучеров на обучение (Education Training Voucher, ETV)!** Вы можете подавать заявки и принимать участие в обеих программах.

**Что мне следует предпринять?**

- Государственному университету Нью-Йорка и Городскому университету Нью-Йорка, подотчетным Департаменту образования штата Нью-Йорк (The New York State Education Department, NYSED) необходимо знать, проживаете ли вы в настоящее время или проживали ранее в патронатной семье. Им нужна эта информация для того, чтобы определить, имеете ли вы право на получение дополнительного финансирования или услуг поддержки.
- Если вы взяли эту форму согласия из своего заявления на участие в Программе помощи в оплате обучения (Tuition Assistance Program, TAP), обязательно полностью заполните заявление на участие в Программе TAP. После этого заполните и отправьте эту форму согласия на адрес электронной почты, указанный в нижней части формы.

**Может ли OCFS передавать сведения о моем патронатном воспитании в NYSED, SUNY или CUNY без моего согласия?**

- **Нет.** Управлению по делам семьи и детей штата Нью-Йорк (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) не разрешается передавать информацию о патронатном воспитании без вашего разрешения или, если вам еще не исполнилось 18 лет, без разрешения вашего законного опекуна. Поэтому OCFS требует заполнения формы согласия.

**Я хочу узнать, могу ли я получить финансирование высшего образования. Я хочу предоставить свою информацию. Что мне делать дальше?**

- Если вы **действительно** хотите, чтобы OCFS передала вашу информацию в NYSED и вам исполнилось 18 лет, вы можете заполнить эту форму и затем отправить ее нам. Если вам еще не исполнилось 18 лет, это должен сделать ваш законный опекун.
- OCFS направит в NYSED, SUNY или CUNY информацию о том, проживаете/проживали ли вы в патронатной семье.

**Что, если я не хочу предоставлять свою информацию?**

- Решение о предоставлении вашей информации принимаете вы или ваш законный опекун. Если вы не хотите, чтобы OCFS передавала информацию о патронатном воспитании в NYSED, вам не нужно ничего делать. Просто в настоящее время ваша кандидатура не будет рассматриваться на получение дополнительной поддержки или финансирования. Если вы передумаете и захотите получить дополнительную поддержку или финансирование в будущем, тогда после принятия такого решения вам нужно будет заполнить форму согласия.
- **Я хочу узнать больше об этой программе. К кому можно обратиться?**

Для получения более подробной информации о Программе инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования отправьте соответствующий запрос на электронную почту Департамента образования штата Нью-Йорк по адресу [fosteryouth@nysed.gov](mailto:fosteryouth@nysed.gov).

## ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

## ПРОГРАММА ИНИЦИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ НА ПАТРОНАТНОМ ВОСПИТАНИИ С ФИНАНСИРОВАНИЕМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНСТРУКЦИИ

- Если вам исполнилось 18 лет, заполните **Раздел А**.
- Если вам еще не исполнилось 18 лет, передайте эту информацию своему патронатному родителю и законному опекуну. Им нужно будет заполнить **Раздел В**.

<b>РАЗДЕЛ А:</b> Если вы проживаете или проживали в патронатной семье и вам исполнилось 18 лет, ответьте на вопросы 1 и 2.	
<p><b>1. Мне исполнилось 18 лет</b>, и настоящим я уполномочиваю OCFS передать информацию о моем имени, последних четырех цифрах моего номера социального обеспечения и о том, проживаю/проживал(-а) ли я в патронатной семье, Департаменту образования штата Нью-Йорк (NYSED) исключительно в целях проверки моего соответствия критериям получения дополнительных услуг и поддержки в рамках Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Кроме того, вы уполномочиваете NYSED раскрывать приведенную ниже Информацию о студенте и сведения о наличии/отсутствии у вас права на участие в программе высшего учебного заведения, в котором вы в настоящее время учитесь, в целях реализации Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования (Foster Youth College Success Initiative, FYCSI).</p>	
<b>2. Информация о студенте</b>	
a. Название вашего колледжа или университета:	
b. Дата зачисления:        /        /	
c. Ваше имя:	
d. Ваша фамилия:	
e. Были ли вы ранее известны под другим именем? (если да, укажите имя и фамилию)	
f. Дата вашего рождения:        /        /	
g. Укажите последние четыре цифры вашего номера социального обеспечения (Social Security Number, SSN):	
h. Укажите свой адрес электронной почты, чтобы представители NYSED могли связаться с вами по поводу Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования:	
i. Укажите свой номер мобильного телефона в качестве дополнительного варианта связи:	
j. Почтовый адрес:	
Подпись: <b>X</b>	Дата:        /        /

<b>РАЗДЕЛ В:</b> Если вы являетесь патронатным родителем или законным опекуном ребенка младше 18 лет, который проживает или проживал в патронатной семье, ответьте на вопросы 1, 2 и 3.	
<p><b>1. Я являюсь патронатным родителем или законным опекуном ребенка, указанного ниже.</b> Я настоящим уполномочиваю OCFS передать информацию об имени ребенка, указанного ниже, последних четырех цифрах его номера социального обеспечения и о том, проживает/проживал ли он в патронатной семье, NYSED исключительно в целях проверки наличия у него права на получение дополнительных услуг и поддержки в рамках Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования (FYCSI). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Кроме того, вы уполномочиваете NYSED раскрывать приведенную ниже Информацию о студенте и сведения о наличии/отсутствии у ребенка права на участие в программе высшего учебного заведения, в котором он в настоящее время учится, в целях реализации Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования (Foster Youth College Success Initiative, FYCSI).</p>	
<b>2. Информация о студенте</b>	
a. Название колледжа или университета, где учится студент:	
b. Дата зачисления:        /        /	
c. Имя студента:	
d. Фамилия студента:	
e. Название учреждения:	
f. Дата рождения студента:        /        /	
g. Укажите последние четыре цифры вашего номера социального обеспечения (Social Security Number, SSN):	
<b>3. Информация о законном опекуне</b>	
a. Ваше имя:	
b. Ваша фамилия:	
c. Кем вы приходитеесь вышеуказанному студенту?	
d. Укажите свой адрес электронной почты, чтобы представители NYSED могли связаться с вами по поводу Программы инициативной помощи подросткам на патронатном воспитании с финансированием высшего образования :	
e. Укажите свой номер мобильного телефона в качестве дополнительного варианта связи:	
f. Почтовый адрес:	
Подпись: <b>X</b>	Дата:        /        /

**Куда отправить заполненную форму?**Отправьте форму согласия по электронной почте на адрес: [FCY4College@ocfs.ny.gov](mailto:FCY4College@ocfs.ny.gov) Срок подачи:        /        /

Заполнение этой формы согласия не гарантирует соответствия критериям участия в этой программе или получение финансирования в рамках этой программы.