



**POLICE ATHLETIC LEAGUE**  
**2010-2011 In-STEP**  
 In-School Training and Employment Program

**PAL YOUTH EMPLOYMENT DEPARTMENT**

338 37th Street, Brooklyn, NY 11232  
 Tel. (718) 947-7640 | Fax (718) 389-5305

**Confidentiality:** Any information requested is for our records and for the funding our organization receives. The answers you provide will be kept completely confidential. Your cooperation in providing this information is both appreciated and necessary.

**Confidencialidad:** Cualquier información solicitada es para nuestros expedientes y para los que otorgan financiamiento a nuestra organización. Las respuestas que usted proporciona serán mantenidas totalmente confidenciales. Su cooperación en el abastecimiento de esta información es apreciada y necesaria.

**Participant Information / Información del Participante**

First Name/Primer Nombre: <input type="text"/>		M.I.: <input type="text"/>	Last Name/Apellido: <input type="text"/>	
Date of Birth/Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>		Gender/Género: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	Ethnicity/Pertenencia Étnica: <input type="checkbox"/> African American/Afro Americano <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> White/Blanco <input type="checkbox"/> Other/Otro	
School/Escuela: <input type="text"/>			Grade/Grado (2010-2011): <input type="text"/>	
Is the participant enrolled in Special Education?/¿Esta el participante en matriculado en educación especial? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Family Assistance Programs (Check all that apply)/Programa de Asistencia de Familia (Marque lo que aplique): <input type="checkbox"/> Food Stamps/Estampas de Alimentos <input type="checkbox"/> SSI/Asistencia de Seguro Social <input type="checkbox"/> General Assistance/Asistencia General <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Medicaid/Seguro Médico <input type="checkbox"/> Not applicable/No es aplicable <input type="checkbox"/> School Lunch/Comidas Escolares		
Household Type/Tipo de la Casa: <input type="checkbox"/> Married/Casado(a) <input type="checkbox"/> Separated/Separado(a) <input type="checkbox"/> Single/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Partnered/Parejo(a) <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Other/Otro				

**Parent/Guardian Information / Información de Padre/Guarda**

First Name/Primer Nombre: <input type="text"/>		Last Name/Apellido: <input type="text"/>		
Family Income/Ingreso Anual (Familia): <input type="checkbox"/> Less than \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 - \$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 - \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 or more		Family Size/Tamaño de la Familia: _____ Number of adults (18+) in household/Adultos (18+) en el hogar _____ Number of children in household/Niños en el hogar		
Address/Dirección: <input type="text"/>				
City, State/Ciudad, Estado: <input type="text"/>		Zip Code/Código Postal: <input type="text"/>	Address Type/Tipo de Dirección: <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> _____	
Phone Number/Número de Teléfono: ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext. _____ ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/> Ext. _____		Phone Type/Tipo de Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Work/Trabajo <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> _____		
E-Mail (Please print/Letra del molde por favor): <input type="text"/>		Highest level of education/El nivel más alto de educación: <input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> Other		

**Medical Information (Please print) / Información Médica (Letra del molde por favor)**

**IMPORTANT:** It is the responsibility of the Participant or the Parent/Guardian to disclose any medical condition to PAL. Failure to disclose this information puts the participant at risk and prevents PAL from obtaining the appropriate medical care.

**IMPORTANTE:** Es la responsabilidad del Participante o del Padre/Guarda revelar alguna condición médica a PAL. Incumplimiento a revelar esta información pone al participante en peligro y impide a PAL en obtener el cuidado médico necesario.

Insurance Company/Compañía de Seguros:

Insurance Policy Number/Número de Póliza:

Medications/Medicamentos:

Medical Problems or Allergies/Problemas Médicos o Alergias:

Disabilities/Información de Desabilidad:

Physician/Medicó:

Physician Phone/Teléfono del Medicó:

( ) - Ext.

**Emergency Contact / Contacto de Emergencia:**

First Name/Primer Nombre:

Last Name/Apellido:

Relation/Relación:

Phone Number/Número de Teléfono:

( ) - Ext.

Phone Type/Tipo de Número de Teléfono:

Home/Casa  Work/Trabajo  Cell/Celular

Phone Number/Número de Teléfono:

( ) - Ext.

Home/Casa  Work/Trabajo  Cell/Celular

**Medication Policy**

It is the responsibility of the participant, parent, or guardian to ensure that required medication is taken when needed. PAL is not responsible for dispensing any medication or reminding any participant to take his/her medication. Additionally PAL staff can not administer any over-the-counter medication.

**Póliza de Medicamentos**

Es la responsabilidad del participante, del padre o del guardián legal de asegurarse de que la medicina requerida está tomada cuando sea necesario. PAL no es responsable de dispensar ninguna medicina o de recordar a ningún participante de tomar su medicina. El personal de PAL no puede administrar ningún tipo de medicamento.

**Emergency Medical Release**

If my child requires emergency medical care and I cannot be reached, I give my consent to PAL to obtain the necessary medical care for my child. I agree to pay all of the costs associated with the emergency medical care that my child receives. I understand that every effort will be made to contact me before and after medical care is provided.

**Absuelto de Tratamiento de Emergencias Médica**

Si mi niño(a) requiere asistencia de emergencia y yo no puedo ser ubicada doy mi consentimiento a PAL para que mi niño(a) puedan recibir asistencia médica en caso de una emergencia. Así mismo acepto los cargos que sean relacionados con cualquier tratamiento de emergencia recibida. Entiendo que todo lo posible será hecho para contactarme antes y después de que se proporciona la asistencia médica.

**Consent**

I understand that this consent will be in effect as of the date of my signing this form and will continue as long as my child is enrolled in the PAL program.

Participant Signature/Firma del Participante:

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/Guarda:

**Consentimiento**

Entiendo que este consentimiento tendrá validez a partir de la fecha en que yo firme el presente formulario y se mantendrá mientras mi hijo(a) esté inscrito en el programa de PAL.

Date/Fecha:

/ /

Date/Fecha:

/ /

**Behavioral Rules and Regulations / Reglas y Regulaciones de Conducta**

**PAL Mission Statement**

The Police Athletic League, together with the NYPD and the law enforcement community, supports and inspires New York City youth to realize their full individual potential as productive members of society.

For this reason and for the safe and secure management of the center, the following rules exist and will be enforced.

Registered participants, staff, or volunteers must not:

- wear hats or "durags" while in the center.
- chew gum while in the center.
- eat anywhere except in designated areas.
- fight or play fight.
- physically or verbally abuse self or others.
- bring weapons of any kind into the center.
- participate in gym floor activities without sneakers (sneakers with wheels are not allowed).
- bring bicycles, skateboards, cell phones, portable music players, or hand-held games into the center.
- disrupt or interfere in the management of center activities and events.
- engage in destructive behavior, including, but not limited to: encouraging or participating in vandalism or defacing PAL property, activating the fire alarm, and possessing or using illegal substances such as drugs or alcohol.

**Suspension and Expulsion Policy**

At the discretion of the participant's direct supervisor and in consultation with the PAL Youth Employment staff, participants can and will be suspended for any number of days, weeks, or months, or the entire program season, depending on the infraction, should they knowingly and repeatedly violate the above mentioned rules.

Participants who knowingly violate the rules may receive both a verbal and a written warning, depending on the severity of the violation, before being considered for suspension. Suspensions will be used to hold disruptive members accountable for their actions and to remind members that participation in the Police Athletic League is a privilege and not an entitlement. The more serious and destructive actions can and will result in suspension for the remainder of the program season or permanent expulsion altogether.

PAL's strict policies are not designed to be punitive, but to reward positive behavior and to hold participants accountable for negative behavior. Allowing rules to be disregarded places our youth in danger, sends them the wrong message, and stands contrary to PAL's mission of providing a safe, clean, and positive environment where they can flourish and grow.

It is PAL's hope that parents and/or caregivers understand and support our effort to run a productive center with quality programming by people who genuinely care about the community and are committed to fostering a positive environment for the growth and development of our youth.

**Consent**

I have read the policies and regulations detailed on this page and agree to abide by them as stated.

I consent to the transportation of my child to and from all activities deemed necessary by authorized members of the PAL program.

I hereby release and discharge PAL and any of its staff members from liability in the event of any injury or accident that involves my child.

**Photo/Video Consent**

Please check one:  I give permission...  I do not give permission...

...for my child to be photographed or otherwise recorded and publicized when involved in a PAL authorized event.

Participant Signature/Firma del Participante:

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/Guarda:

**Declaración de Misión de PAL**

La Liga Atletica Policiaca en conjunto con el Departamento de La Policia de la Ciudad Nueva York (NYPD) y la comunidad que enforza la ley apoya, e inspira a los jovenes de la Ciudad de Nueva York a realizar su maximo potencial individual como productivos miembros de la sociedad.

Por estas razones y por el bienestar y seguridad del centro, las siguientes reglas existen y serán esforzadas.

Todo los participantes, empleados, voluntarios y visitantes no pueden:

- usar gorros en cualquier parte del centro.
- mascar chicle en cualquier parte del centro.
- comer o beber excepto en la cafetería.
- pelear o jugar de mano.
- físicamente o verbalmente ser abusivo a si mismo o con otras personas.
- traer armas de fuego de ninguna clase al centro.
- participar en actividades en el gimnasio sin zapatos de goma, ni zapatillas de deporte con ruedas.
- traer bicicletas, monopatines, cédulares, ningun tipo de juegos portátiles.
- romper o intervenir el manejo de actividades y eventos del centro.
- comportarse en conducta destructiva tal como activar la alarma de fuego, estimular o participar en vandalismo, escriben en las paredes es prohibido y poseer o usar drogas o bebidas alcohólicas.

**Póliza de Suspensión y Expulsión**

A la discreción del supervisor del participante, y en consulta con lo personal del PAL Youth Employment, participantes pueden ser y serán suspendido (dependiendo de la infracción) por una variedad de días, semanas, meses, o la época completa del programa si ha las reglas son violadas repetidamente.

Participantes que consistentemente violan las reglas serán advertidos varias veces antes de ser considerados para suspensión. Suspensiones se utilizaran para que el niño o niña entienda que hay consecuencias por mal comportamiento y así dicho la participación en la Liga Atlético Policiaca es un privilegio y no un derecho. Las acciones mas serias y destructivas dictaran la severidad de la suspensión o expulsión.

Nuestras pólizas estrictas no son diseñadas para ser punitivas, sino para recompensar conducta positiva y contener niños(as)/jóvenes/participantes responsable por conducta negativa. Permitiendo cualquier violación de las reglas pone a su niño/a(s) en peligro, y envía un mensaje erróneo a nuestra juventud, y es contrario a nuestra misión de proveer a jóvenes con un ambiente seguro, limpio y positivo donde ellos puedan crecer y florecer.

Esperamos que padres entiendan y apoyen nuestro esfuerzo en mantener un centro productivo con programas de calidad por personas que sinceramente aprecian la comunidad y se comprometen a mantener un ambiente positivo para el crecimiento y desarrolló de la juventud.

**Consentimiento**

Yo he leído las pólizas y regulaciones detalladas en esta pagina y estoy en acuerdo a seguirlas segun estan indicadas.

Tambien yo doy mi consentimiento a PAL en proveer transportación a todas las actividades necesarias.

Yo libero y descargo a la PAL y sus empleados de cargos de responsabilidad en el evento de cualquier lesión o accidente que envuelva a mi niño(a).

**Consentimiento de Fotos/Videos**

Por favor escoja uno:  Doy el permiso...  No doy mi permiso...

...para mi niño(a) de ser fotografiado o por otra parte registrado y hecho público cuando implicado en un acontecimiento oficial.

Date/Fecha:

 /  / 

Date/Fecha:

 /  /

**Registration Policies / Póliza de Registracion****Registration**

Only one application packet will be accepted for each applicant.

Application packets will only be accepted if this form is completely filled out and all required documents are enclosed.

Applicants who fail to submit required documents in a timely manner will not be eligible for placement.

Participant slots are limited and will be given on a first come, first serve basis. Please note that submission of an application packet does not guarantee eligibility or placement into the program.

**Documentation**

The following documents must be submitted along with this form.

**1 Proof of Family Size**

Copy of applicant's birth certificate, as well as copies for everyone residing with the applicant.

**2 Copy of Applicant's Social Security Card****3 Working Papers** (Must be age-applicable)

Applicants under the age of 18 at the time of application must submit current working papers. Working papers can be acquired from high schools.

Applicants presently not attending school may call 311 or contact a local public high school.

**4 Proof of Citizenship/Residency Status**

Copy of U.S. Birth Certificate

or Copy of Alien Registration Card

or Copy of one of the following: I-94 , I-551, I-688B, or I-766

or Copy of Certificate of Naturalization

**5 Proof of Address** (Dated within the last 6 months)

Copy of Home Utility Bill

or Copy of Current Lease

or Copy of Official Mail from a Federal, State, or City Agency

**6 In-STEP Application, Stipend Application, and June 2010 Report Card**

A completed and signed In-STEP application, stipend application, and a copy of a June 2010 report card is required of all applicants.

**7 Proof of Family Income** (Dated within the last 6 months)

• If Supported by Public Assistance:

Copy of Current EBT Card (with parent/guardian name) and a recent store receipt

or Copy of Current Benefit Budget Letter

or Copy of Official letter form Social Services (must include applicant's name, benefit number and date)

• If Not Supported by Public Assistance:

Copy of two (2) consecutive pay stubs dated within the last six months (must include payee name, and gross income)

or Copy of 2009 W-2 form and one (1) pay stub dated within the last six months

or Copy of Current Pension Award letter

or Copy of Current SSA/SSI Award letter

or Copy of Unemployment Benefit Document dated within the last six months

or If self employed, Copy of 2009 Tax Return including Schedule "C" or "E" (if receiving rental income)

**8 Essay**

A handwritten (but legible) or typewritten essay using the following statements or questions as a guide:

- Tell us a little about yourself.
- Why did you decide to seek this internship?
- What makes you qualified for an internship?
- What are your career goals and interests?
- Why should you be chosen as an In-STEPper?

**Registro**

Sólo un paquete de aplicación será aceptado para cada candidato.

El paquete de inscripción solamente será aceptado si este formulario es completamente llenado con todos los documentos requeridos.

Los candidatos que dejan de presentar documentos requeridos en una manera oportuna no serán elegibles para la colocación.

Espacio es limitado y será otorgado a los primeros aplicantes el la orde en que apliquen. Por favor note que la sumisión de un paquete de aplicación no garantiza la elegibilidad o la colocación en el programa.

**Documentación**

Los documentos siguientes deben ser presentados junto con esta forma.

**1 Prueba de Tamaño de Familia**

Copia de la partida de nacimiento del candidato, así como copias para cada uno residiendo con el candidato.

**2 Copia de la Tarjeta de Seguridad Social del Candidato****3 Los Papeles de Trabajo** (Debe ser aplicable de edad)

os candidatos menor de edad de 18 en el momento de la aplicación deben presentar papeles de trabajo corrientes. Los papeles de trabajo pueden ser adquiridos de escuelas secundarias. Los candidatos actualmente escuela no atendida pueden llamar 311 o ponerse en contacto con una escuela secundaria pública local.

**4 Prueba de Estado de Ciudadanía/Implantación**

Copia de Partida de Nacimiento Estadounidense

o Copia de Tarjeta de Registro Ajena

o Copia de uno de lo siguiente: I-94, I-551, I-688B, o I-766

o Copia de Certificado de Naturalización

**5 Prueba de Dirección** (Datado dentro de los 6 meses pasados)

Copia de Cuenta de Utilidad de Casa

o Copia de Arriendo Corriente

o Copia de Correo Oficial de un Federal, Estatal, o Agencia de Ciudad

**6 In-STEP Application, Stipend Application, and June 2010 Report Card**

Se requieren una aplicación de Empeine completada y firmada, la aplicación de estipendio, y una copia de una libreta de calificaciones de junio de 2010 de todos los candidatos.

**7 Prueba de Ingresos de Familia** (Datado dentro de los 6 meses pasados)

• De Ser apoyado por Ayuda Pública:

Copia de Tarjeta EBT Corriente (con nombre de padre/guarda) y un recibo de tienda reciente

o Copia de Carta de Presupuesto de Ventaja Corriente

o La Copia de la carta Oficial se forma Asistencia Social (debe incluir el nombre del candidato, el número de ventaja y la fecha)

• Si No Apoyado por Ayuda Pública:

La copia de dos (2) hojas de paga consecutivas datadas dentro de los seis meses pasados (debe incluir el nombre de beneficiario, y el ingreso bruto)

o la Copia de 2009 w-2 se forma y una (1) hoja de paga datada dentro de los seis meses pasados

o Copia de carta de Premio de Pensión Corriente

o Copia de carta de Premio de SSA/SSI corriente

o la Copia del Documento de Subsidio de Paro pasó de moda dentro de los seis meses pasados

o Si mi empleado, Copia de Declaración de Impuestos de 2009 incluso Lista "C" o "E" (recibiendo ingresos de alquiler)

**8 Ensayo**

Un escrito a mano (pero legible) o ensayo mecanografiado usando las declaraciones siguientes o preguntas como una guía:

- Díganos un poco sobre usted.
- ¿Por qué decidió usted buscar este puesto de interno?
- ¿Qué hace usted tuvo derecho a un puesto de interno?
- ¿Cuáles son sus objetivos de carrera e intereses?
- ¿Por qué debería usted ser elegido como un In-STEPper?



# **Police Athletic League, Inc** **STIPEND APPLICATION**

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

**In case of emergency, please notify:**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_

**I hereby agree to follow the rules and regulations of the Stipend Program and understand that failure to do so will result in termination from the program**

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

**FOR PAL'S INTERNAL USE ONLY**

Date \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_

Stipend Amount \_\_\_\_\_ Schedule \_\_\_\_\_

Pay Code \_\_\_\_\_ Date of Hire \_\_\_\_\_

Approval \_\_\_\_\_

Program Director

Approval \_\_\_\_\_

Unit Head



**Police Athletic League (PAL)**  
**Department of Youth Employment**  
**Office: (718) 389-5309; Fax: (718) 389-5305**

## Parent Evaluation Consent

Dear Parent:

Your child, \_\_\_\_\_, is enrolled in an **IN-SCHOOL TRAINING AND EMPLOYMENT PROGRAM (IN-STEP)** at the Police Athletic League (PAL). In order to monitor the effectiveness of the IN-STEP program and ensure its future success, PAL is conducting ongoing evaluations.

The Department of Youth Employment (DYE) is committed to providing IN-STEPpers with educational, leadership, and employment services that stress positive development and youth empowerment. The overarching goal of these programs is to engage IN-STEPpers in strength-based activities to inspire and challenge them to graduate from high schools and transition into post-secondary education. With these goals in mind we specifically ask parents permission to:

- Contact their children’s school and obtain records showing their academic progress, including information about enrollment, grades, citywide and statewide test scores, and attendance.
- Talk to teachers and guidance counselors about children’s academic progress and participation in adolescent programs, and review program records regarding participation in the program.
- Survey and/or interview parents and children about the program and its effects.

**Any information we collect will be used only to assess the In-STEP program and will not be made public. Participating in the evaluation will not affect your child in school, in the program, or in any other way. We will not use your name or your child's name in any report.** Participation in the study is completely voluntary and participants may withdraw at any time with no consequences.

Please select one of the options below and return this form to the program coordinator/director.

*YES, I GIVE PERMISSION FOR MY CHILD TO PARTICIPATE. I have read the above information and I give permission for my child to participate in the program evaluation. I also consent for DYCD to obtain my child's records and to interview program and school staff for evaluation purposes.*

\_\_\_\_\_  
 Signature Date

*NO, I DO NOT WANT MY CHILD TO PARTICIPATE. I have read the above information and I **DO NOT** give permission for my child to participate in the program evaluation.*

\_\_\_\_\_  
 Signature Date

**If you have any questions about the evaluation process, please contact the Department of Youth Employment at 718-389-5309.**