

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والعائلة
طلب الحصول على إعانة رعاية الطفل

هذا الطلب من أجلك للحصول على إعانة رعاية الطفل غير المضمونة فقط. إذا كنت ترغب في طلب الحصول على إعانات أخرى تابعة للولاية، بما في ذلك إعانة رعاية الطفل المضمونة، فيرجى استخدام النموذج، طلب ولاية نيويورك نيويورك للحصول على إعانات وخدمات معينة، LDSS-2921. يمكنك التحدث إلى قسم الخدمات الاجتماعية المحلي لديك إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة. يرجى الإجابة عن كافة الأسئلة التي لا تشتمل على كلمة اختياري. يرجى الكتابة بوضوح. يرجى عدم الكتابة في الأماكن المظللة.

أخبرنا عن نفسك.

الأسماء المستعارة:				الاسم بالكامل (يرجى تضمين الاسم الأول والاسم الأخير).	
الرمز البريدي:	المقاطعة:	الولاية:	المدينة:	رقم الشقة/الطابق:	عنوان الشارع:
الرمز البريدي:	المقاطعة:	الولاية:	المدينة:	رقم الشقة/الطابق:	عنوان المراسلات البريدية (إذا كان مختلفًا) الشارع:
نوع رقم الهاتف				رقم الهاتف	
<input type="checkbox"/> هاتف العمل <input type="checkbox"/> هاتف المنزل/الخط الأرضي <input type="checkbox"/> الهاتف المحمول				() -	
البريد الإلكتروني (هذا اختياري)					
كيف ترغب في أن يتم التواصل معك؟ (هذا اختياري).					
<input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى إعلامنا):					
اللغة الأساسية					
<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى إعلامنا):					
الحالة الاجتماعية					
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل					

هل تتلقى أنت أو أي شخص (أشخاص) بالغ آخر يقوم بالطلب معك أيًا من المزايا الآتية؟

Head Start/Early Head Start <input type="checkbox"/>	برنامج إعانة الطاقة المنزلية (HEAP) <input type="checkbox"/>	Medicaid <input type="checkbox"/>
الإعانة النقدية من قسم الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) <input type="checkbox"/>	برنامج النساء، والرضع، والأطفال (WIC) <input type="checkbox"/>	برنامج إعانة التغذية التكميلية (SNAP) <input type="checkbox"/>
لا شيء مما سبق. <input type="checkbox"/>	برامج إعانة فيدرالية أخرى مثل دخل التأمين التكميلي (SSI) <input type="checkbox"/>	قسائم أو إعانة الإسكان <input type="checkbox"/>

أخبرنا عن ظروف أسرتك.

هل ينطبق أي من الآتي عليك أنت أو أي شخص (أشخاص) بالغ آخر يقوم بالطلب معك؟

- بلا مأوى؟ (ليس لديك أي مكان ثابت، ومنتظم، وكاف للإقامة في الليل) نعم لا
- ولي الأمر في الخدمة الفعلية (يخدم بدوام كامل) في القوات المسلحة الأمريكية؟ نعم لا
- ولي الأمر أحد أعضاء الحرس الوطني أو وحدة الاحتياط العسكرية؟ نعم لا
- تتلقى أو تقدم طلبًا للحصول على تمويل لرعاية طفل آخر؟ نعم لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تزويدنا باسم الوكالة:
- سبب(أسباب) الحاجة إلى إعانة رعاية الطفل:

أخبرنا عن الجميع في منزلك.

رقم السطر	الاسم الأول والاسم الأخير	تاريخ الميلاد (الشهر-اليوم-العام)	الجنس (ذكر/أنثى/غير ذلك)	علاقة ذلك الشخص بك	الهوية الجنسية هذا اختياري. (يرجى الوصف).	رقم التأمين الاجتماعي (SSN) اختياري	أدخل Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق* (اختياري)						هل يحتاج هذا الطفل إلى إعانة رعاية الطفل؟ (حدد نعم أو لا)	هل الطفل مواطن/تابع للولايات المتحدة أو يتمتع بوضع هجرة مناسب؟	هل الطفل ذو احتياجات خاصة؟	هل يقيم كلا الوالدين في المنزل؟
							W	P	B	A	I	H				
1		/ /		الشخص ذاته								<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
2		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
3		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
4		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
5		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
6		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
7		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
8		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
9		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
10		/ /										<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

* رموز الانتماء العرقي: H - إسباني، I - من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الأسكا الأصليين، A - آسيوي، B - أسود أو أمريكي من أصل أفريقي، P - من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ، W - أبيض

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساحة أو لديك مزيد من المعلومات التي تظن أننا قد نحتاج إليها، فيمكنك استخدام صفحات إضافية.

أخبرنا عن ولي (أولياء) الأمر الذي لا يقيم في المنزل.

أدرج جميع الأطفال الذين يحتاجون إلى إعانة رعاية الطفل، والذين لا يقيم ولي أمرهم في المنزل.

أسماء الأطفال الأقل من 19 عامًا	هل ولي الأمر المتغيب متاح لتقديم الرعاية؟	إذا كانت الإجابة لا، فقم بتقديم سبب.
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

أخبرنا عن وظيفتك والأنشطة الأخرى.

هل تحتاج إلى إعانة رعاية الطفل لأنك تعمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل أنت بصدد البدء في وظيفة جديدة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فتاريخ البدء هو: / /		هل تبحث عن عمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
اسم جهة العمل		إجمالي عدد ساعات العمل في الأسبوع		هل يتغير الجدول الخاص بك من أسبوع لآخر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
جدول العمل النموذجي - إذا كان جدولك يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي الخاص بك.					
هل تعمل في أكثر من وظيفة واحدة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى استخدام صفحات إضافية لتزويدنا بمزيد من المعلومات حول وظيفتك (وظائفك) الأخرى.					

هل تحتاج إلى إعانة رعاية الطفل لأنك تشارك في برنامج تدريبي من أجل العمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل أنت بصدد البدء في برنامج تدريبي من أجل العمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فتاريخ البدء هو: / /		هل يتغير الجدول الخاص بك من أسبوع لآخر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
اسم البرنامج التدريبي/المنشأة		إجمالي عدد ساعات التدريب في الأسبوع		هل يتغير الجدول الخاص بك من أسبوع لآخر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
جدول التدريب النموذجي - إذا كان جدولك يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي الخاص بك.					

هل تحتاج إلى إعانة رعاية الطفل لأنك تذهب إلى الكلية/تحضر فصولاً؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل أنت بصدد بدء الدراسة في الكلية/حضور فصولاً؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فتاريخ البدء هو: / /		هل يتغير الجدول الخاص بك من أسبوع لآخر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
اسم المدرسة أو الكلية		إجمالي عدد ساعات الفصول في الأسبوع		هل يتغير الجدول الخاص بك من أسبوع لآخر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
جدول الفصول النموذجي - إذا كان جدولك يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي الخاص بك.					

أخبرنا عن الشخص (الأشخاص) البالغ الآخر الذي يقوم بالطلب معك والأنشطة الخاصة به.

إلى من تنتمي معلومات الوظيفة هذه؟ (حدد واحداً). الزوج/الزوجة <input type="checkbox"/> ولي الأمر الآخر <input type="checkbox"/> شخص بالغ آخر <input type="checkbox"/>		هل يعمل في أكثر من وظيفة واحدة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى استخدام الصفحات الإضافية.	
هل الشخص البالغ يعمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل الشخص البالغ بصدد البدء في وظيفة جديدة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، تاريخ البدء: / /	
اسم جهة العمل		إجمالي عدد ساعات العمل في الأسبوع	
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء
جدول العمل النموذجي - إذا كان الجدول يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي.			
هل الشخص البالغ يشارك في برنامج تدريبي من أجل العمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل الشخص البالغ بصدد البدء في برنامج تدريبي من أجل العمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فتاريخ البدء هو: / /	
اسم البرنامج التدريبي/المنشأة		إجمالي عدد ساعات التدريب في الأسبوع	
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء
جدول التدريب النموذجي - إذا كان الجدول يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي.			
هل الشخص البالغ يذهب إلى الكلية/يحضر فصولاً؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		هل الشخص البالغ بصدد بدء الدراسة في الكلية/حضور فصولاً؟ نعم <input type="checkbox"/> لا، إذا كانت الإجابة نعم، فتاريخ البدء هو: / /	
اسم المدرسة أو الكلية		إجمالي عدد ساعات الفصول في الأسبوع	
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء
جدول الفصول النموذجي - إذا كان الجدول يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي.			

السبت	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	جدول الفصول النموذجي - إذا كان الجدول يتغير، فأدخل جدول الأسبوع الماضي.
-------	--------	--------	----------	----------	---------	-------	--

أخبرنا عن دخل أسرتك.

المدة (أسبوع، شهر، ما شابه).	المبلغ الإجمالي	من؟	المدة (أسبوع، شهر، ما شابه).	المبلغ الإجمالي	من؟	لا	نعم	قم بإعلامنا بما إذا كنت تتلقى أنت أو أي شخص آخر يقوم بالطلب معك أموالاً من أي من الآتي:
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دخل من العمل (بما في ذلك الأجر/الراتب، الأجر الإضافي، العمولات، برامج التدريب، الإكراميات)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الدخل الصافي من العمل الحر
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدفوعات إعالة الطفل (مستلمة)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النفقة الواجبة/نفقة الزوجة (مستلمة)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعانات التأمين ضد البطالة، تعويضات العمال.
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعانات التأمين الاجتماعي (بما في ذلك دخل التأمين التكميلي)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعانات العجز (ولاية نيويورك، شؤون المحاربين القدامى، خاص)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دخل إيجار/إقامة/ساكن (مستلم)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أرباح موزعة/فوائد - أسهم، سندات، مدخرات
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معاشات التقاعد/مستحقات سنوية
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منحة مساعدة عامة (PA)، إعانات شبكة الأمان
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير ذلك (يرجى التحديد).

الموافقات والتوقيع

<p>يُرجى قراءة الشروط، وتحديد المربع، وتوقيع الطلب. من خلال تقديم هذا الطلب، أنا أوافق على الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> أرغب في تقديم طلب للحصول على إعانة رعاية الطفل. لقد التزمت الصدق في هذا الطلب، وهو كامل على حد علمي. لن يؤثر الحصول على الإعانة في وضع الهجرة الخاص بي أو بعائلتي. معلومات الهجرة خاصة وسرية. موارد عائلتي لا تتجاوز 100000 دولار. <p><input type="checkbox"/> أشهد بأن المعلومات التي قمت بتقديمها في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي.</p>		
التوقيع الخاص بك	الاسم مكتوب بأحرف واضحة	تاريخ التوقيع / /
X		
توقيع الشخص (الأشخاص) البالغ الآخر	الاسم مكتوب بأحرف واضحة	تاريخ التوقيع / /
X		



نموذج تسجيل الناخب المستند إلى الوكالة التابعة لولاية نيويورك

<p>مهم! إن يؤثر طلب التسجيل أو رفض التسجيل للتصويت في مبلغ الإعانة الذي ستحصل عليه من هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة لملء نموذج طلب تسجيل الناخب، فنقوم بمساعدتك. قرار طلب المساعدة أو قبولها هو قرارك. يمكنك ملء نموذج الطلب بشكل خاص. Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683 中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683 한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오. যদি আপদি এই ফর্মটিম ইংরেজীরেপরেচারে োহরে 1-800-367-8683 িষরে পফাি কররি</p>	<p>"إذا لم تكن مسجلاً للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب في طلب التسجيل هنا اليوم؟" <input type="checkbox"/> نعم إذا قمت بتحديد نعم، فيرجى إكمال طلب تسجيل الناخب أدناه <input type="checkbox"/> لا لأنني اخترت عدم التسجيل أو <input type="checkbox"/> أنا مسجل بالفعل في عنواني الحالي أو <input type="checkbox"/> لقد طلبت نموذج التسجيل عبر البريد واستلمته.</p> <p>إذا لم تقم بتحديد أي مربع، فسيتم اعتبارك قد قررت عدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.</p> <p style="text-align: right;">X</p> <p>التوقيع _____ التاريخ _____</p> <p>يرجى كتابة الاسم بأحرف واضحة</p>
---	--

طلب تسجيل الناخب (التعليمات على الجانب الخلفي)

احتاج إلى تقديم طلب للاقتراع الغيابي يرجى الكتابة أو الطباعة باستخدام حبر أزرق أو حبر أسود نعم، أريد في أن أكون عاملاً في يوم الانتخابات

1	هل أنت مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت إجابتك لا، فلا تُكمل هذا النموذج.	2	(A) هل ستبلغ 18 عامًا قبل أو في يوم الانتخابات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (B) هل تبلغ من العمر 16 عامًا على الأقل وتفهم أنك يجب أن تبلغ 18 عامًا قبل أو في يوم الانتخابات لتتمكن من التصويت، وأنه حتى تبلغ 18 عامًا في وقت الانتخابات سيتم تمييز التسجيل الخاص بك بأنه "معلق" ولن تتمكن من الإدلاء بصوتك في أي انتخابات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت إجابتك لا في كلا السؤالين السابقين، فلا يمكنك التسجيل للتصويت.	3	الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اللاحقة
4	عنوان إقامتك (لا تقم بتوفير صندوق البريد)	رقم الشقة.	المدينة/البلدة/القرية	الرمز البريدي	المقاطعة			
5	عنوان استلام البريد الخاص بك (إذا كان مختلفًا عما ذكر أعلاه)	صندوق البريد، خدمة Star Route، وما شابه	مكتب البريد	الرمز البريدي	الرمز البريدي			
6	تاريخ الميلاد / /	7 الجنس (اختياري):	8 الهاتف (اختياري)	البريد الإلكتروني (اختياري)				
9	رقم الهوية (قم بتحديد المربع المناسب وتوفير الرقم الخاص بك) <input type="checkbox"/> رقم دائرة تسجيل المركبات في ولاية نيويورك <input type="checkbox"/> آخر أربعة أرقام من رقم التأمين الاجتماعي الخاص بك <input type="checkbox"/> ليس لدي رقم دائرة تسجيل المركبات في ولاية نيويورك أو رقم تأمين اجتماعي	10	آخر عام قمت بالتصويت فيه في مقاطعة/ولاية	كان عنوانك (قم بتوفير رقم المنزل، والشارع، والمدينة) أسفل الاسم (إذا كان مختلفًا عن الاسم الحالي)				
11	الحزب السياسي أرغب في التسجيل في حزب سياسي <input type="checkbox"/> الحزب الديمقراطي <input type="checkbox"/> الحزب الجمهوري <input type="checkbox"/> الحزب المحافظ <input type="checkbox"/> حزب العائلات العاملة <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ لا أرغب في التسجيل في أي حزب سياسي وأرغب في أن أكون ناخبًا مستقلًا. <input type="checkbox"/> بلا حزب	12	الإقرار: أقسم أو أقر بالآتي • أنني مواطن في الولايات المتحدة. • أنني ساكنون قد أقمت في المقاطعة، أو المدينة، أو القرية لمدة 30 يومًا على الأقل قبل الانتخابات. • أنني سأفي بكافة متطلبات التسجيل للتصويت في ولاية نيويورك. • أن هذا هو توقيعي أو العلامة الخاصة بي على السطر أدناه. • أن المعلومات أعلاه صحيحة، وأنتي أفهم أنها إذا لم تكن صحيحة، فقد تتم إدانتني وتغريمي بمبلغ يصل إلى 5000 دولار و/أو دخول السجن لمدة قد تصل إلى أربعة أعوام. X التوقيع أو العلامة باستخدام الحبر _____ التاريخ _____					

(اختياري) التسجيل للتبرع بأعضائك وأنسجتك



عبر التوقيع أدناه، أنت تقر بأنك:

- تبلغ من العمر 16 عامًا أو أكبر
- توافق على التبرع بجميع أعضائك وأنسجتك لعمليات زرع الأعضاء، أو الأبحاث، أو كليهما؛
- تصرح لمجلس الانتخابات بتقديم اسمك والمعلومات المحددة للهوية الخاصة بك إلى سجل التبرع لإنقاذ الحياة التابع لولاية نيويورك للتسجيل؛
- وتصرح للسجل بإتاحة الوصول إلى هذه المعلومات بواسطة منظمات جمع الأعضاء المنظمة فيدراليًا، وبنوك الأنسجة والعيون المرخصة من ولاية نيويورك، والكيانات الأخرى المعتمدة من مفوض ولاية نيويورك في مستشفيات الصحة في حالة وفاتك.

الاسم الأخير		
الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اللاحقة
العنوان		
تاريخ الميلاد / /	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك	
لون العين	الطول	قدم بوصة
البريد الإلكتروني		
رقم دائرة تسجيل المركبات أو رقم هوية مدينة نيويورك		

/ /

التاريخ

التوقيع

مؤهلات التسجيل

يمكنك استخدام هذا النموذج من أجل:

- التسجيل للتصويت في ولاية نيويورك؛
- تغيير اسمك و/أو عنوانك، حال حدوث أي تغيير منذ قيامك بالتصويت في المرة الأخيرة؛
- التسجيل في حزب سياسي أو تغيير تسجيلك؛
- التسجيل السابق للتصويت إذا كنت تبلغ من العمر 16 أو 17 عامًا.

للتسجيل يجب عليك:

- أن تكون مواطنًا أمريكيًا؛
- أن تبلغ من العمر 18 عامًا (يمكنك التسجيل السابق في عمر 16 أو 17 عامًا، لكن لا يمكنك التسجيل حتى تبلغ 18 عامًا)؛
- أن تكون مقيمًا في المقاطعة، أو مدينة نيويورك لمدة 30 يومًا على الأقل قبل الانتخابات؛
- الآن تكون في السجن بسبب الإدانة بجناية؛
- عدم المطالبة بالحق في التصويت في مكان آخر؛
- عدم إثبات أنك غير مؤهل بواسطة المحكمة.

مهم!

إذا كنت تعتقد في قيام شخص ما بالتدخل في حقك للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت، أو حقك في الخصوصية في اتخاذ قرار ما إذا كنت ستقوم بالتسجيل أو التقدم بطلب للتسجيل للتصويت، أو حقك في اختيار الحزب السياسي الذي ترغب في الانضمام إليه أو غير ذلك من التفضيلات السياسية، فيمكنك تقديم شكوى لدى:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 3
Albany, NY 12207-2729

الهاتف: 1-800-469-6872

يمكن لمستخدمي الهاتف النصي/هاتف ضعاف السمع الاتصال بخدمة الترحيل في ولاية نيويورك على الرقم 711؛ أو زيارة موقعنا الإلكتروني على -

www.elections.ny.gov

سيظل قرار التسجيل الخاص بك سرّيًا وسيستخدم فقط لأغراض تسجيل الناخب. سيظل أي شخص لا يختار التسجيل للتصويت و/أو المعلومات المتعلقة بالمكتب الذي يتم تقديم الطلب إليه، سرّيًا للاستخدام لأغراض تسجيل الناخب فقط.

التحقق من هويتك

سنحاول التحقق من هويتك قبل يوم الانتخابات، عبر رقم دائرة تسجيل المركبات (رقم رخصة القيادة أو رقم الهوية لغير السائقين)، أو آخر أربعة أرقام من رقم التأمين الاجتماعي الخاص بك الذي ستقوم بتوفيره في المربع 9.

إذا لم يكن لديك رقم من دائرة تسجيل المركبات أو رقم تأمين اجتماعي، فيمكنك استخدام بطاقة هوية صالحة تشتمل على صورتك، أو فاتورة مرافق حالية، أو بيان مصرفي، أو شيك راتب، أو شيك حكومي، أو غير ذلك من المستندات الحكومية التي تشتمل على اسمك وعنوانك. يمكنك تضمين نسخة من أحد أنواع التعريف بالهوية هذه مع النموذج.

إذا لم تتمكن من التحقق من هويتك قبل يوم الانتخابات، فستتم مطالبتك بتقديم هوية عندما تقوم بالتصويت لأول مرة.

لإكمال هذا النموذج:

يعد توفير تسجيل خاطئ أو تقديم معلومات خاطئة إلى مجلس الانتخابات جريمة.

المربع 9: ينبغي لك القيام باختيار واحد. للأسئلة، راجع قسم التحقق من هويتك أعلاه.

المربع 10: إذا لم تكن قد قمت بالتصويت مطلقًا من قبل، فاكتب "لا شيء". إذا لم يكن بإمكانك تذكر المرة الأخيرة التي قمت فيها بالتصويت، فضع علامة استفهام (?). إذا كنت قد قمت بالتصويت سابقًا باسم مختلف، فاكتب ذلك الاسم. إذا لم تكن قد قمت بذلك، فاكتب "نفسه".

المربع 11: حدد مربعًا واحدًا فقط. التسجيل في حزب سياسي أمر اختياري، لكن للتصويت في الانتخابات الأولية لأحد الأحزاب السياسية، يجب على الناخب التسجيل في ذلك الحزب السياسي، ما لم تكن قواعد حزب الولاية تتيح خلاف ذلك.