

নিউ ইয়র্ক স্টেট
শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস
শিশুর যত্নে সহায়তার জন্য আবেদন

এই আবেদনটি শুধুমাত্র আপনার জন্য গ্যারান্টিবিহীন শিশুর যত্ন সহায়তা (Child Care Assistance)-র বিষয়ে আবেদন করার জন্য। আপনি যদি গ্যারান্টিযুক্ত শিশুর যত্ন সহায়তা সহ অন্যান্য রাষ্ট্রীয় সুবিধার জন্য আবেদন করতে চান, তবে অনুগ্রহ করে [নির্দিষ্ট সুবিধা এবং পরিষেবার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট আবেদন, LDSS-2921](#) ফর্মটি ব্যবহার করুন। আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে বা সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি আপনার স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা বিভাগের সঙ্গে কথা বলতে পারেন।

অনুগ্রহ করে ঐচ্ছিক নয় এমন সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন। অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে লিখুন। অনুগ্রহ করে শেড করা জায়গায় লিখবেন না।

নিজের সম্পর্কে আমাদের জানান।

পুরো নাম (অনুগ্রহ করে প্রথম এবং শেষ নাম অন্তর্ভুক্ত করুন)

ডাকনাম:

রাস্তার ঠিকানা

রাস্তা:

অ্যাপার্টমেন্ট নং/FL:

সিটি:

স্টেট:

কাউন্টি:

জিপ কোড:

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা (যদি আলাদা হয়)

রাস্তা:

অ্যাপার্টমেন্ট নং/FL:

সিটি:

স্টেট:

কাউন্টি:

জিপ কোড:

ফোন নম্বর

() -

ফোন নম্বরের ধরন

মোবাইল ফোন

বাড়ির ফোন/ল্যান্ডলাইন

কাজের ফোন

ইমেইল (এটি ঐচ্ছিক)

আপনি কীভাবে যোগাযোগ করতে চান? (এটি ঐচ্ছিক)

ফোন

ইমেইল

অন্যান্য (অনুগ্রহ করে আমাদের বলুন):

প্রাথমিক ভাষা

ইংরেজি

স্প্যানিশ

অন্যান্য (অনুগ্রহ করে আমাদের বলুন):

বৈবাহিক স্থিতি

অবিবাহিত

বিবাহিত

বিবাহ বিচ্ছিন্ন

দাম্পত্য বিচ্ছিন্ন

বিধবা

আপনি অথবা আপনার সাথে আবেদনকারী কোনও প্রাপ্তবয়স্ক কি নিম্নলিখিত কোনও সুবিধা পান?

Medicaid (মেডিকিড)

হোম এনার্জি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম(HEAP)

হেড স্টার্ট/আর্লি হেড স্টার্ট

সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (SNAP)

মহিলা শিশু ও শিশু প্রোগ্রাম (WIC)

TANF থেকে নগদ সহায়তা

আবাসনের জন্য ভাউচার বা সহায়তা

অন্যান্য ফেডারেল সহায়তা প্রোগ্রাম যেমন সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (SSI)

এগুলোর কোনোটিই নয়।

আপনার পরিবারের অবস্থা সম্পর্কে আমাদের বলুন।

এগুলির কোনোটি কি আপনার বা আপনার সাথে আবেদনকারী কোনও প্রাপ্তবয়স্কের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য?

• গৃহহীন? (রাতে থাকার জন্য কোনো নির্দিষ্ট, নিয়মিত ও পর্যাপ্ত জায়গা নেই)

হ্যাঁ না

- পিতামাতারা কি **U.S সামরিক বাহিনী**ত সক্রিয় দায়িত্ব (পূর্ণ-সময়ের পরিষেবা) পালন করছেন? হ্যাঁ না
- পিতা-মাতা কি **ন্যাশনাল গার্ড বা মিলিটারি রিজার্ভ ইউনিটের সদস্য**? হ্যাঁ না
- আপনি কি শিশুর যত্নের জন্য অন্যান্য ফান্ড গ্রহণ করছেন বা আবেদন করছেন? হ্যাঁ না
 - যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে আমাদেরকে এজেন্সির নাম দিন: _____
- শিশুর যত্নের প্রয়োজনীয়তার কারণ(গুলি): _____

আপনার বাড়ির প্রত্যেকের সম্পর্কে আমাদেরকে বলুন।

| L N | নাম ও পদবী | জন্ম তারিখ (মাস/দিন/সাল) | লিঙ্গ (পুং/স্ত্রী/X) | আপনার সাথে সম্পর্ক | লিঙ্গ পরিচয় এটি ঐচ্ছিক। (অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন) | সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN) ঐচ্ছিক | প্রতিটি জাতির* জন্ম Y (হ্যাঁ) বা N (না) লিখুন* (ঐচ্ছিক) | | | | | | শিশুদের যত্নের প্রয়োজন এমন প্রতিটি শিশুর জন্য, (হ্যাঁ বা না-এ টিক দিন) | | | |
|--------|------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|---|--|
| | | | | | | | H | I | A | B | P | W | এই শিশুর যত্নের প্রয়োজন আছে? (হ্যাঁ অথবা 'না'-এ টিক দিন) | শিশু কি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের (U.S) এর নাগরিক বা তার কি সন্তোষজনক অভিবাসন স্ট্যাটাস আছে? | শিশুর কি কোনো বিশেষ প্রয়োজন আ ছে? | পিতা-মাতা দুজনেই কি বাড়িতে থাকেন? |
| 1 | | / / | | স্বয়ং | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 2 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 3 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 4 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 5 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 6 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 7 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 8 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 9 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| 10 | | / / | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |

*জাতিগত অধিভুক্তির কোড: H- হিস্পানিক, I- আমেরিকা বা আলাস্কার স্থানীয় বাসিন্দা, A -এশীয়, B - কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান, P - হাওয়াই বা প্যাসিফিক আইল্যান্ডের স্থানীয় বাসিন্দা, W - শ্বেতাঙ্গ

আপনার যদি আরও জায়গার প্রয়োজন হয় বা আরও তথ্য থাকে যা আপনি মনে করেন আমাদের প্রয়োজন হতে পারে, তাহলে আপনি অতিরিক্ত পৃষ্ঠাগুলি ব্যবহার করতে পারেন।

যে পিতামাতারা বাড়িতে থাকেন না তাদের সম্পর্কে আমাদের বলুন।

সেই সমস্ত শিশুর তালিকা করুন যাদের শিশু যত্নের / চাইল্ড কেয়ারের প্রয়োজন, যাদের বাবা-মা বাড়িতে থাকেন না।

| 19 বছরের কম বয়সী শিশুদের নাম | যে সমস্ত পিতামাতারা বাড়িতে থাকেন না তারা কি শিশুর যত্ন প্রদানের জন্য উপলব্ধ? | যদি না হয়, তাহলে কারণ উল্লেখ করুন। |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |

আপনার কাজ এবং অন্যান্য কার্যকলাপ সম্পর্কে আমাদেরকে বলুন।

| | | | | | | | |
|--|---|---|----------|--------|-------------|--|--------|
| আপনি কাজ করছেন বলে কি আপনার শিশুর যত্ন প্রয়োজন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | আপনি কি নতুন কোনও কাজ শুরু করতে চলেছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ" হয়, কাজ শুরুর তারিখ: / / | আপনি কি কাজ খুঁজছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | | |
| কর্মচারীর নাম | প্রতি সপ্তাহে কাজ করা মোট ঘন্টা | আপনার সময়সূচী কি সপ্তাহে সপ্তাহে পরিবর্তিত হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | | |
| নির্দিষ্ট কাজের সময়সূচী- যদি আপনার সময়সূচী পরিবর্তনশীল হয়, তাহলে গত সপ্তাহের সময়সূচী লিখুন। | রবিবার | সোমবার | মঙ্গলবার | বুধবার | বৃহস্পতিবার | শুক্রবার | শনিবার |
| আপনার কি একাধিক চাকরি আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি 'হ্যাঁ' হয়, তাহলে আপনার অন্যান্য কাজ সম্পর্কে আরও তথ্য দিতে অনুগ্রহ করে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন। | | | | | | | |
| আপনি কাজের জন্য একটি প্রশিক্ষণ প্রোগ্রামের সঙ্গে যুক্ত রয়েছেন বলে কি আপনার শিশু যত্নের প্রয়োজন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | আপনি কি কাজের জন্য একটি প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম শুরু করতে চলেছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ" হয়, কাজ শুরুর তারিখ: / / | | | | | | |
| প্রশিক্ষণ প্রোগ্রামের নাম/সুবিধা | প্রতি সপ্তাহে প্রশিক্ষণের মোট ঘন্টা | | | | | আপনার সময়সূচী কি সপ্তাহে সপ্তাহে পরিবর্তিত হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| নির্দিষ্ট প্রশিক্ষণের সময়সূচী- যদি আপনার সময়সূচী পরিবর্তনশীল হয়, তাহলে গত সপ্তাহের সময়সূচী লিখুন। | রবিবার | সোমবার | মঙ্গলবার | বুধবার | বৃহস্পতিবার | শুক্রবার | শনিবার |

| | | | | | | | |
|--|--------|--------|----------|---|-------------|---|--------|
| আপনি কি কলেজে যাচ্ছেন/ক্লাস নিচ্ছেন বলে আপনার শিশুর যত্নের প্রয়োজন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | আপনি কি কলেজ/ক্লাস নেওয়া শুরু করতে চলেছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ" হয়, কাজ শুরুর তারিখ: / / | | | |
| স্কুল বা কলেজের নাম | | | | প্রতি সপ্তাহে ক্লাসের মোট ঘন্টা | | আপনার সময়সূচী কি সপ্তাহে সপ্তাহে পরিবর্তিত হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| নির্দিষ্ট ক্লাসের সময়সূচী- যদি আপনার সময়সূচী পরিবর্তনশীল হয়, তাহলে গত সপ্তাহের সময়সূচী লিখুন। | রবিবার | সোমবার | মঙ্গলবার | বুধবার | বৃহস্পতিবার | শুক্রবার | শনিবার |
| | | | | | | | |

আপনার সঙ্গে আবেদন করা অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক (দের) এবং তাদের ক্রিয়াকলাপ সম্পর্কে আমাদের বলুন।

| | | | | | | | |
|---|--------|---|----------|--|-------------|--|--------|
| এটা কার কাজের তথ্য? (একটিতে টিক দিন) <input type="checkbox"/> স্বামী-স্ত্রী <input type="checkbox"/> অন্যান্য পিতা-মাতা <input type="checkbox"/> অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক | | | | আপনার কি একাধিক চাকরি আছে? <input type="checkbox"/> 'হ্যাঁ' <input type="checkbox"/> 'না' যদি 'হ্যাঁ' হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন। | | | |
| প্রাপ্তবয়স্করা কি কাজ করছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | প্রাপ্তবয়স্করা কি নতুন কোনও কাজ শুরু করতে চলেছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না শুরুর তারিখ: / / | | প্রাপ্তবয়স্করা কি কাজ খুঁজছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | |
| কর্মচারীর নাম | | | | প্রতি সপ্তাহে কাজ করা মোট ঘন্টা | | সময়সূচী কি সপ্তাহে সপ্তাহে পরিবর্তিত হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| নির্দিষ্ট কাজের সময়সূচী- সময়সূচী পরিবর্তনশীল হলে, গত সপ্তাহের সময়সূচী লিখুন। | রবিবার | সোমবার | মঙ্গলবার | বুধবার | বৃহস্পতিবার | শুক্রবার | শনিবার |
| | | | | | | | |
| প্রাপ্তবয়স্কদের কাজের জন্য প্রশিক্ষণ প্রোগ্রামে কী রয়েছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | প্রাপ্তবয়স্করা কি কাজের জন্য কোনো প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম শুরু করতে চলেছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ" হয়, কাজ শুরুর তারিখ: / / | | | |
| প্রশিক্ষণ প্রোগ্রামের নাম/সুবিধা | | | | প্রতি সপ্তাহে প্রশিক্ষণের মোট ঘন্টা | | সময়সূচী কি সপ্তাহে সপ্তাহে পরিবর্তিত হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| নির্দিষ্ট প্রশিক্ষণের সময়সূচী- সময়সূচী পরিবর্তিত হলে, গত সপ্তাহের সময়সূচী লিখুন। | রবিবার | সোমবার | মঙ্গলবার | বুধবার | বৃহস্পতিবার | শুক্রবার | শনিবার |
| | | | | | | | |
| প্রাপ্তবয়স্করা কি কলেজে যাচ্ছে/ক্লাস করছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | | | | প্রাপ্তবয়স্করা কি কলেজ/ক্লাস শুরু করতে চলেছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ" হয়, কাজ শুরুর তারিখ: / / | | | |
| স্কুল বা কলেজের নাম | | | | প্রতি সপ্তাহে ক্লাসের মোট ঘন্টা | | সময়সূচী কি সপ্তাহে সপ্তাহে পরিবর্তিত হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না | |
| নির্দিষ্ট ক্লাসের সময়সূচী- সময়সূচী পরিবর্তিত হলে, গত সপ্তাহের সময়সূচী লিখুন। | রবিবার | সোমবার | মঙ্গলবার | বুধবার | বৃহস্পতিবার | শুক্রবার | শনিবার |
| | | | | | | | |

আপনার পরিবারের আয় সম্পর্কে আমাদের বলুন।

| আপনি বা আপনার সঙ্গে আবেদন করেছেন এমন কেউ নিম্নলিখিত যে কোনও জায়গা থেকে অর্থ গ্রহণ করেন কিনা তা আমাদের জানান: | হ্যাঁ | না | কে? | মোট টাকার পরিমাণ | সময়কাল (সপ্তাহ, মাস, ইত্যাদি) | কে? | মোট টাকার পরিমাণ | সময়কাল (সপ্তাহ, মাস, ইত্যাদি) |
|---|--------------------------|--------------------------|-----|------------------|--------------------------------|-----|------------------|--------------------------------|
| কাজ থেকে আয় (মজুরি/বেতন, ওভারটাইম, কমিশন, প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম, টিপস সহ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| স্ব-কর্মসংস্থানের মাধ্যমে নিট আয় | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| শিশুকে সহায়তার জন্য অর্থ (প্রাপ্ত) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ভরণপোষণ / স্বামী বা স্ত্রীর খরচ বহনের সহায়তা (প্রাপ্ত) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| বেকারত্ব বিমার সুবিধাসমূহ, শ্রমিক সংগঠন। | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা (SSI সহ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| প্রতিবন্ধীদের সুযোগ-সুবিধা (নিউ ইয়র্ক স্টেট, ভেটেরান্স অ্যাফেয়ার্স, বেসরকারি) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| ভাড়া/বোর্ডার/লজার আয় (প্রাপ্ত) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| লভ্যাংশ/সুদ-স্টক, বন্ড, সঞ্চয় | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| পেনশন/বার্ষিকী | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| জনসাধারণের সহায়তা (PA) অনুদান, সুরক্ষাজনিত নিট সুযোগ সুবিধা | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

সম্মতি এবং স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে শর্তাবলী পড়ুন বক্সে টিক দিন এবং আবেদনে স্বাক্ষর করুন। এই আবেদন জমা দিয়ে, আমি সম্মতি জানাচ্ছি যে:

- আমি শিশুর যত্ন সহায়তার জন্য আবেদন করতে চাই। এই আবেদনের ব্যাপারে আমি সৎ এবং আমার জ্ঞান অনুসারে এটি সম্পূর্ণ।
- শিশুর যত্নের জন্য সহায়তা পাওয়া আমার বা আমার পরিবারের অভিবাসন স্ট্যাটাসকে প্রভাবিত করবে না। অভিবাসনের তথ্য ব্যক্তিগত এবং গোপনীয়।
- আমার পারিবারিক সম্পত্তির পরিমাণ \$1,000,000 এর বেশি নয়।

আমি সাক্ষ্য দিচ্ছি যে এই আবেদনটিতে আমি যে তথ্য দিয়েছি তা আমার জ্ঞান অনুসারে সঠিক এবং সম্পূর্ণ।

| | | |
|---|-------------|-------------------------|
| আপনার স্বাক্ষর X | নাম প্রিন্ট | স্বাক্ষরের তারিখ / / |
| অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক(দের) স্বাক্ষর X | নাম প্রিন্ট | স্বাক্ষরের তারিখ / / |



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

Yes If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below

NO because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form.

X / /

Signature _____ Date _____

Please Print Name

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Important!
Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.
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 ইংরেজীরেপপরেচারি়োহরে **1-800-367-8683** িষরে পফা়ি করু়ি

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day Worker

| | | | | | | |
|----|---|---|----------------------------|---|---|--------------------|
| 1 | Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , <u>do not</u> complete this form | | 2 | A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you <u>cannot</u> register to vote. | | For Board Use Only |
| | 3 | Last Name | | First Name | Middle Initial | |
| 4 | Address where you live (do not give P.O. box) | | Apt. No. | City/Town/Village | Zip Code | County |
| 5 | Address where you get your mail (if different than above) | | P.O. Box, Star Route, etc. | Post Office | Zip Code | |
| 6 | Date of Birth / / | 7 | Gender (optional) | 8 | Telephone (optional) | Email (optional) |
| 10 | The last year you voted | Your address was (give house number, street and city) | | 9 | ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number | |
| | In county/state | Under the name (if different from your name now) | | | | |
| 11 | Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter. <input type="checkbox"/> No party | | 12 | | Affidavit: I swear or affirm that · I am a citizen of the United States. · I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. · I will meet all requirements to register to vote in New York State. · This is my signature or mark on the line below. · The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. X / / Signature or Mark in ink _____ Date _____ | |

(Optional) Register to donate your organs and tissues

| | | |
|----------------|--|--------|
| Last Name | | |
| First Name | Middle Initial | Suffix |
| Address | | |
| Birth Date / / | Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other | |
| Eye Color | Height Ft. in. | |
| Email | DMV or ID NYC Number | |

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature _____ Date _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: **1-800-469-6872**;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711; or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/ or information regarding the office to which the application was submitted, will remain confidential to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, pay check, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.

NYS সংস্থা ভিত্তিক ভোটার নিবন্ধন ফর্ম

“আপনি বর্তমানে যেখানে বসবাস করেন সেখানে ভোটদানের জন্য আপনি নাম নথিভুক্ত করে না থাকলে, আপনি কি আজ এখানে নাম নথিভুক্ত করানোর জন্য আবেদন করতে চান?”

- হ্যাঁ** আপনি হ্যাঁ বললে, অনুগ্রহ করে নীচের **ভোটার নিবন্ধন আবেদন** সম্পূর্ণ করুন
- না** কারণ আমি নিবন্ধন না করা বেছে নিয়েছি **অথবা**
- আমি আমার বর্তমান ঠিকানা ইতিমধ্যেই নিবন্ধন করিয়েছি **অথবা**
- আমি একটি মেল নিবন্ধন পত্র চেয়েছিলাম এবং তা পেয়েছি

আপনি কোনো বস্ত্রে টিক চিহ্ন না দিয়ে থাকলে, ধরে নেওয়া হবে যে আপনি এই বারের ভোটদানের জন্য নাম নিবন্ধন করবেন না বলে স্থির করেছেন।

স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

অনুগ্রহ করে নাম প্রিন্ট করুন

গুরুত্বপূর্ণ!

ভোটদানের জন্য নিবন্ধনে আবেদন করা বা নিবন্ধন করতে না চাওয়া এই এজেন্সি কর্তৃক আপনাকে দেওয়া সহায়তার পরিমাণের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না।

ভোটার নিবন্ধনের আবেদনপত্র পূরণ করতে আপনার কোনো সহায়তার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে সাহায্য করব। সহায়তা আপনি চাইবেন কিনা বা নেবেন কিনা তা আপনার নিজস্ব ব্যাপার। আপনি ব্যক্তিগতভাবেও পত্রটি পূরণ করতে পারেন।

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 한국어를 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলা ভাষায় চান, তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

সংস্করণ: 05/04/2021

ভোটার নিবন্ধন আবেদন (পিছনের দিকে নির্দেশাবলী দেওয়া আছে)

- হ্যাঁ, আমার অনুপস্থিতি ব্যালটের জন্য আবেদন প্রয়োজন **অনুগ্রহ করে নীল অথবা কালো কালিতে লিখুন অথবা টাইপ করুন** হ্যাঁ, আমি নির্বাচন দিনের কর্মী হতে ইচ্ছুক

| | | | | | | | |
|----|--|--|--------------------------------|--|--|---|--|
| 1 | আপনি কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না আপনার উত্তর না হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না | | 2 | A) নির্বাচনের দিনের মধ্যে বা তার আগে আপনি কি 18 বছর পূর্ণ করবেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না B) আপনি কি অন্তত 18 বছর বয়সী এবং বোঝেন যে ভোট দেওয়ার জন্য নির্বাচনের দিনে বা তার আগে আপনাকে অবশ্যই 18 বছর বয়সী হতে হবে এবং এরকম নির্বাচনের সময় আপনার বস বা আত্মীয় না হওয়া পর্যন্ত আপনার রেজিস্ট্রেশন 'অসীমসংস্কৃত' থাকবে এবং আপনি কোনও নির্বাচনে ভোট দিতে পারবেন না? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি আগের দুটি প্রশ্নের আপনার উত্তর না হয়, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে পারবেন না। | | For Board Use Only | |
| 3 | পদবি | নাম | মাঝের মাঝের নাম | আদ্যক্ষর | | | |
| 4 | আপনার বসবাসের ঠিকানা (পোস্ট বক্স নম্বর দেবেন না) | | অ্যাপার্টমেন্ট নং | নগর/শহর/গ্রাম | জিপি কোড | দেশ | |
| 5 | আপনার মেল পাওয়ার ঠিকানা (উপরের ঠিকানার থেকে আলাদা হলে) কোড | | পোস্ট বক্স, স্টার রুট, ইত্যাদি | পোস্ট অফিস | জিপি | | |
| 6 | জন্ম তারিখ | 7 | লিঙ্গ (ঐচ্ছিক) | 8 | টেলিফোন (ঐচ্ছিক) | ইমেল (ঐচ্ছিক) | |
| 10 | আপনার ভোট দেওয়া শেষ বছর | আপনার ঠিকানা ছিল (হাউস নম্বর, স্ট্রীট এবং শহর উল্লেখ করুন) | | 9 | আইডি নম্বর (প্রযোজ্য বস্ত্রে টিক দিন এবং আপনার নম্বর প্রদান করুন) | | |
| | কাউন্টি/রাজ্য | নামের নীচে (আপনার এখনকার নামের থেকে আলাদা হলে) | | | <input type="checkbox"/> নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV নম্বর _____ | <input type="checkbox"/> আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা _____ | |
| 11 | রাজনৈতিক দল আমি একটি রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে চাই <input type="checkbox"/> ডেমোক্রেটিক পার্টি <input type="checkbox"/> রিপাবলিকান পার্টি <input type="checkbox"/> কনজারভেটিভ পার্টি <input type="checkbox"/> ওয়ার্কিং ফ্যামিলি পার্টি <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ আমি কোনও রাজনৈতিক পার্টির সঙ্গে নিবন্ধিত হতে চাই না এবং এরজন স্বাধীন ভোটার হতে ইচ্ছুক <input type="checkbox"/> কোনো পার্টি নয় | | | 12 | হলফনামা: আমি শপথ করছি বা দৃঢ়ভাবে বলছি • আমি একজন মার্কিন নাগরিক। • আমি নির্বাচনের পূর্বে কমপক্ষে 30 দিন কাউন্টি, শহর বা গ্রামে বসবাস করব। নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত হতে আমি সকল প্রয়োজনীয়তা পূরণ করব। • এই লাইনের নীচে এটি আমার স্বাক্ষর অথবা চিহ্ন। • উপরের তথ্যগুলি সত্য, আমি অবগত আছি এই যে এটি যদি সত্য না হয়, আমি দোষী সাব্যস্ত হতে পারি এবং আমার \$5,000 পর্যন্ত জরিমানা এবং/অথবা চার বছর পর্যন্ত জেল হতে পারে। স্বাক্ষর বা কালি দিয়ে চিহ্ন _____ তারিখ _____ | | |

(ঐচ্ছিক) আপনার অঙ্গ এবং কোষ দান করতে নিবন্ধন করুন

| | | |
|----------------------|-----------------------|---|
| পদবি | | |
| নাম | মাঝের আদ্যক্ষর | সম্বোধন |
| ঠিকানা | | |
| অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর | নগর/শহর/গ্রাম | জিপি কোড |
| জন্ম তারিখ | লিঙ্গ | <input type="checkbox"/> মা <input type="checkbox"/> না |
| চোখের রঙ | উচ্চতা | ফুট ইঞ্চি |
| ইমেল | DMV বা আইডি NYC নম্বর | |

নিচে স্বাক্ষর করে, আপনি প্রত্যাশিত করছেন যে আপনি:

- আপনার বয়স 18 বছর বা তার বেশি
- আপনার সকল অঙ্গ এবং কোষ প্রতিস্থাপন, গবেষণা অথবা উভয়ের জন্য দান করায় আপনি সম্মত আছেন;
- NYS ডোনেট লাইফ রেজিস্ট্রি (Donate Life Registry) তে নথিভুক্তকরণের জন্য নির্বাচন বোর্ডকে আপনার নাম ও শনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছেন;
- এবং আপনার মৃত্যুর পর রেজিস্ট্রিকে যুক্তরাষ্ট্রের নিয়ন্ত্রিত অঙ্গ প্রতিস্থাপনকারী সংস্থা এবং NYS এর লাইসেন্স প্রাপ্ত টিস্যু এবং আই ব্যাঙ্ক এবং NYS কমিশনার অফ হেলথ (NYS Commissioner of Health) দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্যদের এই তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছেন।



স্বাক্ষর

তারিখ

নিবন্ধীকরণের জন্য যোগ্যতা

গুরুত্বপূর্ণ!

এই পত্রটি আপনি ব্যবহার করতে পারেন:

- নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত করণে;
- আপনার নাম এবং/বা ঠিকানা পরিবর্তনে, আপনার শেষ ভোটের পরে যদি কোনো পরিবর্তন হয়ে থাকে;
- রাজনৈতিক দলের সদস্য হওয়া অথবা তালিকাভুক্তকরণে পরিবর্তন;
- আপনি 16 বা 17 বছর বয়সী হন তাহলে আপনি প্রি-রেজিস্টার করতে পারেন।

নিবন্ধীকৃত হতে আপনাকে অবশ্যই হতে হবে:

- নমা কি ন যুতিনরা নরেধর একনজ ননা গরিক;
- 18 বছর বয়সী (আপনি 16 এবং 17 বছর বয়সে পূর্ব নিবন্ধে করতে নপা নের নপা নের কিন্দু 18 বছর হওনয়া র আগে ভেলা ট দিতে নপা রনেব ননা);
- একটি নিব চেনার অন্দ ত 30 নিদ আগে নকা উন্টি অখনবা নিউ ইয়ক সিটির নবা সিদ্দনা হতে হবে;
- কোনো গুরুতর অপরাধের জন্য কারাগারে যাতে না থাকেন;
- নস নেকা নখা য় ভেলা টনদা নরে অধিকা র নদা বী কনরা চলবে ননা ;
- নেকা ননো আনদা লত দ্ব না নরা অনেযা গযধ বিবেচিত ননা হলে।

যদি আপনি বিশ্বাস করেন কেউ আপনার ভোটে নিবন্ধন করার বা নিবন্ধন অস্বীকার করার অধিকারে, আপনার ভোটের জন্য রেজিস্টার বা রেজিস্টারের আবেদন করার সিদ্ধান্তে আপনার গোপনীয়তার অধিকার বা আপনার নিজস্ব রাজনৈতিক দল বা অন্য রাজনৈতিক দল পছন্দ করার অধিকারে হস্তক্ষেপ করছে তাহলে আপনি নির্বাচন বোর্ডে অভিযোগ জানাতে পারেন:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

টেলিফোন: 1-800-469-6872;

TDD/TTY ব্যবহারকারীরা নিউ ইয়র্ক স্টেট রিলে 711 তে

যোগাযোগ করুন; অথবা আমাদের ওয়েবসাইট -

www.elections.ny.gov দেখুন

আপনার নিবন্ধীকরণের সিদ্ধান্তের গোপনীয়তা বজায় থাকবে এবং শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের জন্যই ব্যবহার করা হবে। কেউ ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন না করা বেছে নিলে এবং/বা যে অফিসে আবেদন জমা করা হয়েছে সেই অফিস সম্পর্কিত তথ্য গোপন রাখা হবে, শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের উদ্দেশ্যে ব্যবহার হবে।

আপনার পরিচয় যাচাই

নির্বাচনের দিনের আগে DMV নম্বর (ড্রাইভারস লাইসেন্স নম্বর অথবা নন-ড্রাইভারস আইডি নম্বর), অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা, যা আপনি বক্স 9 এ পূরণ করবেন, সেটির মাধ্যমে আপনার পরিচয় যাচাই করার চেষ্টা করব।

আপনার যদি DMV অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর না থাকে, তাহলে আপনি একটি বৈধ ফটো আইডি, একটি সাম্প্রতিক ইউটিলিটি বিল, ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, পেচেক, সরকারী চেক বা আপনার নাম ঠিকানা প্রদর্শনকারী অন্য কোনো সরকারি নথি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই ফর্মটির সঙ্গে এই প্রকার আইডি-র একটি প্রতিলিপি যুক্ত করতে পারেন।

নির্বাচনের দিনের আগে আমরা যদি আপনার পরিচয় যাচাই করতে অসমর্থ হই তবে যখন আপনি প্রথমবার ভোটদান করবেন তখন আপনাকে আইডি বিষয়ে জিজ্ঞাসা করা হবে।

এই ফর্মটি পূরণ করতে:

মিথ্যা নিবন্ধীকরণ সংগ্রহ করা অথবা নির্বাচনের বোর্ডে ভুল তথ্য দেওয়া একটি অপরাধ।

বক্স 9: আপনাকে অবশ্যই একটি বেছে নিতে হবে। কোনো প্রশ্ন থাকলে, উপরে উল্লিখিত আপনার পরিচয় যাচাই করা অংশ দেখুন।

বক্স 10: আপনি যদি এর আগে ভোট না দিয়ে থাকেন তাহলে "কোনটিই নয়" লিখুন। আপনার যদি মনে না থাকে শেষবার কখন আপনি ভোটদান করেছেন তাহলে একটি প্রশ্ন চিহ্ন (?) দিন। যদি আপনি এর আগে অন্য নামে ভোট দিয়ে থাকেন তবে সেই নামটি লিখুন। যদি তা না হয়, তবে "একই" লিখুন।

বক্স 11: শুধুমাত্র একটি বক্সে টিক চিহ্ন দিন। রাজনৈতিক দলে নাম লেখানো ঐচ্ছিক, তবে কোনো রাজনৈতিক দলের প্রাথমিক নির্বাচনে ভোটদান করতে, ভোটদাতাকে অবশ্যই সেই রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে হবে, তবে রাজ্য দলের নিয়মে অন্য কিছু থাকলে অন্য কথা।