

ÉTAT DE NEW YORK
BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES
DEMANDE D'ASSISTANCE POUR LA GARDE D'ENFANTS

Cette demande ne concerne que l'aide non garantie à la garde d'enfants. Si vous souhaitez demander d'autres prestations de l'État, y compris l'assistance garantie pour la garde d'enfants, veuillez utiliser le formulaire, [Demande de l'État de New York pour certaines prestations et services, LDSS-2921](#). Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, vous pouvez vous adresser aux services sociaux de votre région.

Veuillez répondre à toutes les questions qui ne sont pas facultatives. Veuillez écrire clairement. N'écrivez pas dans les zones ombrées.

Parlez-nous de vous.

Nom complet (Veuillez inclure le prénom et le nom de famille.)			Alias :		
Adresse postale Rue :	Numéro No./Étage :	Ville :	État :	Comté :	Code postal :
Adresse postale (si différente) Rue :	Numéro No./Étage :	Ville :	État :	Comté :	Code postal :
Numéro de téléphone () -		Type de numéro de téléphone <input type="checkbox"/> Téléphone portable <input type="checkbox"/> Téléphone fixe/ligne téléphonique <input type="checkbox"/> Téléphone professionnel			
E-mail (<i>facultatif.</i>)					
Comment souhaitez-vous être contacté ? (<i>Ceci est facultatif.</i>) <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :					
Langue principale <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :					
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf/veuve					

Est-ce que vous ou l'adulte (les adultes) qui présente(nt) la demande avec vous bénéficiez de l'une des prestations suivantes ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Programme d'aide à l'énergie domestique (HEAP) | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start |
| <input type="checkbox"/> Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP) | <input type="checkbox"/> Programme pour les femmes, les enfants et les adolescents (WIC) | <input type="checkbox"/> Aide en espèces de la TANF |
| <input type="checkbox"/> Bons ou aides au logement | <input type="checkbox"/> Autres programmes d'aide fédéraux tels que le Supplemental Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Aucun d'entre eux. |

Parlez-nous de la situation de votre ménage.

L'un de ces points s'applique-t-il à vous ou à l'adulte (ou aux adultes) qui vous accompagne(nt) dans votre demande ?

- **Sans domicile fixe ?** (pas d'endroit fixe, régulier et adéquat pour passer la nuit) Oui Non
- Un parent est en service actif (à temps plein) dans l'**armée américaine ?** Oui Non
- Un parent est membre de la **Garde nationale** ou d'une **unité de réserve militaire ?** Oui Non
- Recevez-vous ou demandez-vous d'autres financements pour la garde d'enfants ? Oui Non
 - Si oui, veuillez nous indiquer le nom de l'agence : _____
- Motif(s) pour lesquels la garde de l'enfant est nécessaire : _____

Parlez-nous de tous les membres de votre foyer.

LN	Prénom et nom de famille	Date de naissance (mm-jj-aaaa)	Sexe (M/F/X)	Relation avec vous	Identité de genre Ceci est facultatif. (Veuillez expliquer.)	Numéro de sécurité sociale (NAS) Facultatif	Saisir Y (Oui) ou N (Non) pour chaque race* (Facultatif)						POUR CHAQUE ENFANT ayant besoin d'une garde, (cocher Oui ou Non)			
							H	I	A	B	P	W	Cet enfant a-t-il besoin d'une garde d'enfants ? (Cocher Oui ou Non)	L'enfant est-il citoyen américain ou a-t-il un statut satisfaisant au regard de la législation sur l'immigration ?	L'enfant a-t-il des besoins particuliers ?	Les deux parents vivent-ils au foyer ?
1		/ /		SOI-MÊME								<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10		/ /										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

* Codes d'appartenance raciale : **H** - Hispanique, **I** - Amérindien ou natif de l'Alaska, **A** - Asiatique, **B** - Noir ou Afro-Américain, **P** - Hawaïen ou insulaire du Pacifique, **W** - Blanc

Si vous avez besoin de plus d'espace ou si vous pensez que nous avons besoin de plus d'informations, vous pouvez utiliser des pages supplémentaires.

Parlez-nous des parents qui ne vivent pas dans le foyer.

Énumérez tous les enfants qui ont besoin de services de garde et dont le parent ne vit pas à la maison.

Noms des enfants de moins de 19 ans	Le parent absent est-il disponible pour s'occuper de l'enfant ?	Si non, en donner la raison.
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Parlez-nous de votre travail et de vos autres activités.

Vous avez besoin d'une garde d'enfants parce que vous travaillez ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Vous êtes sur le point de commencer un nouvel emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de début : / /		Vous êtes à la recherche d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
NOM DE L'EMPLOYEUR			NOMBRE TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE		Votre emploi du temps change-t-il d'une semaine à l'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
HORAIRE DE TRAVAIL TYPE - Si votre horaire change, indiquez votre horaire de la semaine dernière.	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Avez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez utiliser des pages supplémentaires pour nous donner plus d'informations sur votre (vos) autre(s) emploi(s).							

Vous avez besoin d'une garde d'enfants parce que vous suivez une formation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Vous êtes sur le point d'entamer un programme de formation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de début : / /				
PROGRAMME DE FORMATION NOM/INSTALLATION				NOMBRE TOTAL D'HEURES DE FORMATION PAR SEMAINE		Votre emploi du temps change-t-il d'une semaine à l'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT TYPE - Si vous changez d'horaire, indiquez votre horaire de la semaine dernière.	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

Avez-vous besoin d'une garde d'enfants parce que vous allez à l' université ou suivez des cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Vous êtes sur le point d'entrer à l'université ou de suivre des cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de début : / /			
NOM DE L'ÉCOLE OU DU COLLÈGE				NOMBRE TOTAL D'HEURES DE COURS PAR SEMAINE		Votre emploi du temps change-t-il d'une semaine à l'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
HORAIRE TYPE DES COURS - Si votre emploi du temps change, indiquez votre emploi du temps de la semaine dernière.	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	 VENDREDI	SAMEDI

Parlez-nous des autres adultes qui font la demande avec vous et de leurs activités.

À qui appartiennent ces informations sur le travail ? (Cochez une case.) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre parent <input type="checkbox"/> Autre adulte				Ont-ils plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez utiliser des pages supplémentaires.			
L'adulte travaille-t-il ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		L'adulte est-il sur le point de commencer un nouvel emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Aucune date de début : / /			L'adulte est-il à la recherche d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
NOM DE L'EMPLOYEUR				NOMBRE TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE		L'horaire change-t-il d'une semaine à l'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
HORAIRE DE TRAVAIL TYPE - Si l'horaire change, indiquez l'horaire de la semaine dernière.	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	 VENDREDI	SAMEDI
L'adulte suit-il un programme de formation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				L'adulte est-il sur le point d'entamer un programme de formation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de début : / /			
PROGRAMME DE FORMATION NOM/INSTALLATION				NOMBRE TOTAL D'HEURES DE FORMATION PAR SEMAINE		L'horaire change-t-il d'une semaine à l'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
HORAIRE DE FORMATION TYPE - Si l'horaire change, indiquez l'horaire de la semaine dernière.	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	 VENDREDI	SAMEDI
L'adulte va-t-il à l' université ou suit-il des cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				L'adulte est-il sur le point d'entrer à l'université ou de suivre des cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de début : / /			
NOM DE L'ÉCOLE OU DU COLLÈGE				NOMBRE TOTAL D'HEURES DE COURS PAR SEMAINE		L'horaire change-t-il d'une semaine à l'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'HORAIRE TYPE DE LA CLASSE - Si l'horaire change, indiquez l'horaire de la semaine dernière.	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	 VENDREDI	SAMEDI

Indiquez-nous les revenus de votre ménage.

Informez-nous si vous ou une personne qui postule avec vous recevez de l'argent de l'une des sources suivantes :	OUI	NON	QUI ?	MONTANT BRUT	PÉRIODE (semaine, mois, etc.)	QUI ?	MONTANT BRUT	PÉRIODE (semaine, mois, etc.)
Revenus du travail (y compris les salaires, les heures supplémentaires, les commissions, les programmes de formation, les pourboires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Revenu net du travail indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Paievements de pension alimentaire pour enfants (reçus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pension alimentaire (reçue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Prestations de l'assurance chômage, indemnisation des accidents du travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Prestations de sécurité sociale (y compris SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Prestations d'invalidité (État de New York, ministère des anciens combattants, secteur privé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Revenus de la location/du gardiennage/de la loge (perçus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dividendes/intérêts - Actions, obligations, épargne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pensions/rentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Subvention d'assistance publique (PA), prestations de filet de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Autre (à préciser.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Consentement et signature.

Veillez lire les conditions, cocher la case et signer la demande. En soumettant cette demande, j'accepte que :

- Je souhaite demander l'aide à la garde d'enfants. J'ai été honnête dans cette demande et elle est complète à ma connaissance.
- L'obtention d'une aide n'aura pas d'incidence sur mon statut d'immigrant ou celui de ma famille. Les informations relatives à l'immigration sont privées et confidentielles.
- Les ressources de ma famille ne dépassent pas 1 000 000 \$.

J'atteste que les informations que j'ai fournies dans la présente demande sont, à ma connaissance, correctes et complètes.

VOTRE SIGNATURE X	NOM EN MAJUSCULES	DATE SIGNATURE / /	DE
SIGNATURE DE L'AUTRE (DES AUTRES) ADULTE(S) X	NOM EN MAJUSCULES	DATE SIGNATURE / /	DE



Formulaire d'inscription des électeurs dans les agences de l'État de New York

<p>« Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales là où vous vivez actuellement, souhaitez-vous vous inscrire ici aujourd'hui ? »</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si vous avez coché OUI, veuillez remplir la DEMANDE D'INSCRIPTION DES ÉLECTEURS CI-DESSOUS</p> <p><input type="checkbox"/> NON car j'ai choisi de ne pas m'inscrire OU</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit(e) à mon adresse actuelle OU</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai demandé et reçu un formulaire d'inscription par courrier.</p> <p>X _____ / /</p> <p>Signature Date</p> <p>_____ Nom en caractères d'imprimerie</p>	<p>Important !</p> <p>Le fait de demander ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur le montant de l'aide que vous recevrez de cette agence.</p> <p>Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous pouvons vous aider. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire de demande en privé.</p> <p>Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683</p> <p>中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683</p> <p>한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683으로 전화 하십시오.</p> <p>যদি আপদিএই ফর্মটিম ইংরেজীবেপরেচাি়োহরে 1-800-367-8683 িষরে পফাি কৰকি</p>
--	--

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ÉLECTORALES (instructions au verso)

- J'ai besoin d'un formulaire de demande de vote par correspondance. **Veillez écrire en lettres moulées ou dactylographiées à l'encre bleue ou noire**
- Oui, j'aimerais travailler le jour de l'élection

1	<p>Êtes-vous citoyen américain ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si vous avez répondu NON, ne remplissez pas ce formulaire</p>	2	<p>A) Avez-vous 18 ans au plus tard le jour de l'élection ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>B) Êtes-vous âgé d'au moins 16 ans et comprenez-vous que vous devez avoir 18 ans le jour du scrutin ou avant, et que jusqu'à ce que vous ayez dix-huit ans au moment de cette élection, votre inscription sera marquée « en attente » et vous ne pourrez voter à aucune élection ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si vous avez répondu NON aux deux questions précédentes, vous ne pouvez pas vous inscrire sur les listes électorales.</p>	Réservé à l'usage du conseil d'administration	
3	Nom de famille Prénom		Initiale du second prénom Suffixe		
4	Adresse de résidence (ne pas indiquer de boîte postale)		Numéro Non.	Ville/Village	Code postal Comté
5	Adresse où vous recevez votre courrier (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)		Boîte postale, « Star Route », etc.	Bureau de poste	Code postal
6	Date de naissance / /	7	Sexe (facultatif)	8	Téléphone (facultatif) E-mail (facultatif)
10	La dernière année où vous avez voté	Votre adresse était (indiquez le numéro de la maison, la rue et la ville)		9	<p>Numéro d'identification (Cochez la case correspondante et indiquez votre numéro)</p> <p><input type="checkbox"/> Numéro de DMV de l'État de New York _____</p> <p><input type="checkbox"/> Les quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas de numéro de DMV ou de sécurité sociale dans l'État de New York</p>
11	<p>Parti politique</p> <p>Je souhaite m'inscrire à un parti politique</p> <p><input type="checkbox"/> Parti démocrate</p> <p><input type="checkbox"/> Parti républicain</p> <p><input type="checkbox"/> Parti conservateur</p> <p><input type="checkbox"/> Parti des familles laborieuses</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Je ne souhaite pas m'inscrire dans un parti politique et je souhaite être un électeur indépendant.</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de parti</p>		<p>12</p> <p>Affidavit : Je jure ou affirme que</p> <ul style="list-style-type: none"> Je suis citoyen des États-Unis. Je dois avoir vécu dans le comté, la ville ou le village pendant au moins 30 jours avant l'élection. Je remplirai toutes les conditions requises pour m'inscrire sur les listes électorales de l'État de New York. Ceci est ma signature ou ma marque sur la ligne ci-dessous. Les informations ci-dessus sont véridiques, je comprends que si elles ne sont pas véridiques, je peux être condamné à une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 dollars et/ou à une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à quatre ans. <p>X _____ / /</p> <p>Signature ou marque à l'encre Date</p>		

(Facultatif) Inscrivez-vous pour faire don de vos organes et tissus

Nom de famille		
Prénom	Initiale du second prénom	Suffixe
Adresse		
Date de naissance / /	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	
Couleur des yeux	Hauteur Pi. po.	
Email	Numéro DMV ou ID NYC	

En signant ci-dessous, vous certifiez que vous êtes

- âgée(s) de 16 ans ou plus
- Vous consentez au don de tous vos organes et tissus à des fins de transplantation, de recherche ou les deux ;
- Vous autorisez le Conseil des élections à fournir votre nom et vos informations d'identification au NYS Donate Life Registry pour l'inscription ;
- Et que vous autorisez le registre à permettre l'accès à ces informations aux organisations de prélèvement d'organes réglementées au niveau fédéral et aux banques de tissus et d'yeux agréées par l'État de New York, ainsi qu'à d'autres organismes approuvés par le commissaire à la santé des hôpitaux de l'État de New York, après votre décès.



Signature

Date

Conditions d'inscription

Vous pouvez utiliser ce formulaire pour :

- s'inscrire pour voter dans l'État de New York ;
- changer votre nom et/ou votre adresse, s'il y a un changement depuis votre dernier vote ;
- vous inscrire à un parti politique ou modifier votre inscription ;
- pré-inscrivez-vous pour voter si vous avez 16 ou 17 ans.

Pour vous inscrire, vous devez :

- être un citoyen américain ;
- être âgé de 18 ans (vous pouvez vous préinscrire à 16 ou 17 ans, mais vous ne pouvez pas voter avant d'avoir 18 ans) ;
- être résident du comté ou de la ville de New York au moins 30 jours avant une élection ;
- ne pas être en prison pour une condamnation pour crime ;
- ne pas revendiquer le droit de vote ailleurs ; et
- non déclaré incompetent par un tribunal.

Important !

Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes électorales, votre droit de confidentialité dans votre décision de vous inscrire ou lors d'une demande d'inscription, ou votre droit de choisir votre propre parti ou préférence politique, vous pouvez porter plainte auprès de :

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

Téléphone : **1-800-469-6872** ;

Les utilisateurs de TDD/TTY peuvent contacter le New York State Relay au 711 ; ou visiter notre site web -

www.elections.ny.gov

Votre décision de vous inscrire restera confidentielle et ne sera utilisée qu'à des fins d'inscription sur les listes électorales. Toute personne ne choisissant pas de s'inscrire sur les listes électorales et/ou les informations concernant le bureau auquel la demande a été soumise resteront confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins d'inscription sur les listes électorales.

Vérification de l'identité

Nous essaierons de vérifier votre identité avant le jour du scrutin, grâce au numéro DMV (numéro de permis de conduire ou numéro de carte d'identité) ou aux quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale, que vous indiquerez dans la case 9.

Si vous n'avez pas de numéro de DMV ou de sécurité sociale, vous pouvez utiliser une pièce d'identité avec photo en cours de validité, une facture de services publics, un relevé bancaire, un chèque de salaire, un chèque de l'État ou tout autre document de l'État indiquant votre nom et votre adresse. Vous pouvez joindre à ce formulaire une copie de l'une de ces pièces d'identité.

Si nous ne sommes pas en mesure de vérifier votre identité avant le jour du scrutin, une pièce d'identité vous sera demandée lorsque vous voterez pour la première fois.

Pour compléter ce formulaire :

Le fait de se procurer un faux enregistrement ou de fournir de fausses informations à la commission électorale constitue un délit.

Encadré 9 : Vous devez faire une seule sélection. Pour toute question, reportez-vous à la section Vérification de votre identité ci-dessus.

Encadré 10 : Si vous n'avez jamais voté auparavant, écrivez « Aucun ». Si vous ne vous souvenez pas de la date de votre dernier vote, mettez un point d'interrogation (?). Si vous avez déjà voté sous un autre nom, indiquez ce nom. Si ce n'est pas le cas, inscrivez « Idem ».

Encadré 11 : Cochez une seule case. L'inscription à un parti politique est facultative, mais pour voter lors d'une élection primaire d'un parti politique, l'électeur doit s'inscrire à ce parti politique, sauf si les règles du parti au niveau de l'État en disposent autrement.
