

STATO DI NEW YORK  
UFFICIO PER I SERVIZI AI MINORI E ALLA FAMIGLIA  
**DOMANDA PER L'ASSISTENZA PER L'INFANZIA**

Questa domanda deve essere compilata solo per l'Assistenza per l'infanzia non garantita. Se vuoi richiedere altri sussidi statali, inclusa l'Assistenza per l'infanzia garantita, utilizza il modulo [Domanda per sussidi e servizi specifici, Stato di New York, LDSS-2921](#) In caso di ulteriori di domande o per richiedere assistenza, contatta il dipartimento locale per i servizi sociali.

**Rispondi a tutte le domande non facoltative. Scrivi in modo chiaro. Non scrivere nelle aree grigie.**

## Informazioni personali

<b>Nome completo</b> (Inserisci nome e cognome.)				Alias:	
<b>Indirizzo</b> Via:	App. N°/Piano:	Città:	Stato:	Contea:	Codice postale:
<b>Indirizzo postale</b> (se diverso da quanto indicato) Via:	App. N°/Piano:	Città:	Stato:	Contea:	Codice postale:
<b>Numero di telefono</b> ( ) -			<b>Tipo di numero di telefono</b>		
			<input type="checkbox"/> Cellulare	<input type="checkbox"/> Telefono di casa	<input type="checkbox"/> Telefono lavoro
<b>E-mail</b> (Facoltativo)					

### Metodo di contatto preferito (Facoltativo)

Telefono  E-mail  Altro (Indica):

### Lingua principale

Inglese  Spagnolo  Altro (Indica):

### Stato civile

Celibe/Nubile  Coniugato/a  Divorziato/a  Separato/a  Vedovo/a

## Il richiedente o qualsiasi adulto che partecipi alla domanda riceve uno dei seguenti sussidi?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid   | <input type="checkbox"/> Home Energy Assistance Program (HEAP)  | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start        |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni sociali SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) | <input type="checkbox"/> Women Infants and Children Program (WIC)                                       | <input type="checkbox"/> Assistenza per contanti TANF       |
| <input type="checkbox"/> Assistenza o voucher per l'alloggio  | <input type="checkbox"/> Altri programmi di assistenza federale come Supplemental Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Nessuna delle risposte precedenti. |

## Informazioni sul nucleo familiare

Una o più delle seguenti opzioni si applica a te o a qualsiasi adulto che partecipa alla domanda?

- **Senza dimora?** (nessun luogo fisso, regolare o adeguato in cui trascorrere la notte)  Sì  No
- Un genitore è in servizio attivo (a tempo pieno) nelle **Forze armate degli Stati Uniti?**  Sì  No
- Un genitore è un membro della **Guardia Nazionale** o dell'**Unità di riserva militare?**  Sì  No
- Riceve o ha fatto domanda per altri fondi per l'assistenza per l'infanzia?  Sì  No
  - Se sì, indica il nome dell'agenzia: \_\_\_\_\_
- Motivo/i per cui è necessaria l'assistenza per l'infanzia: \_\_\_\_\_

### Informazioni sui componenti del nucleo familiare.

LN	Nome e cognome	Data di nascita (mm-gg-aaaa)	Sesso (M/F/X)	Rapporto intercorrente con il dichiarante	Identità di genere Facoltativo. (Inserisci descrizione)	Numero di previdenza sociale (SSN) <i>Facoltativo</i>	Inserisci S (Si) o N (No) per ciascuna razza* (Facoltativo)						PER CIASCUN BAMBINO per cui è richiesta l'assistenza per l'infanzia (selezionare Sì o No)			
							H	I	A	B	P	W	Questo bambino necessita dell'assista za per l'infanzia? (Seleziona Sì o No)	Il bambino è un cittadino/nativo degli Stati Uniti o il suo stato di immigrazione consente la ricezione di aiuti finanziari?	Il bambino ha bisogni speciali?	I genitori vivono in casa?
1		/ /		DICHIARANTE								<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
3		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
6		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
7		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
8		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
9		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
10		/ /										<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

\* **Codici di affiliazione razziale:** **H** – Ispanico, **I** – Nativo americano o Nativo dell'Alaska, **A** – Asiatico, **B** – Nero o Afro-americano, **P** – Nativo delle Hawaii or di altre isole del Pacifico, **W** – Bianco

È possibile utilizzare ulteriori pagine nel caso in cui si abbia bisogno di più spazio o si ritenga ci siano ulteriori informazioni che potrebbero tornare utili.

## Informazioni sui genitori che non vivono in casa.

Elenca tutti i bambini che necessitano di assistenza per l'infanzia i cui genitori non vivono in casa.

Nomi dei bambini sotto i 19 anni	Il genitore assente può fornire assistenza?	Se no, indica le motivazioni.
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

## Informazioni sul lavoro e altre attività del dichiarante.

Necessiti di assistenza per l'infanzia perché <b>lavori</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Stai per iniziare un nuovo lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indica la data di inizio:    /    /			Stai cercando lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
NOME DATORE DI LAVORO				ORE DI LAVORO TOTALI A SETTIMANA		Gli orari cambiano ogni settimana? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>ORARI TIPICI DI LAVORO</b> - <i>Se gli orari di lavoro cambiano, inserisci gli orari di lavoro della scorsa settimana.</i>	<b>DOMENICA</b>	<b>LUNEDÌ</b>	<b>MARTEDÌ</b>	<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>GIOVEDÌ</b>	<b>VENERDÌ</b>	<b>SABATO</b>
<b>Hai più di un lavoro?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, utilizza ulteriori pagine per fornire maggiori informazioni sugli altri lavori da te svolti.							

Necessiti di assistenza per l'infanzia perché stai seguendo un <b>programma di formazione per il lavoro</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				Stai per iniziare un programma di formazione per il lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indica la data di inizio:    /    /			
NOME/STRUTTURA DEL PROGRAMMA DI FORMAZIONE				TOTALE ORE DI FORMAZIONE A SETTIMANA		Gli orari cambiano ogni settimana? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>ORARI TIPICI DEL PROGRAMMA DI FORMAZIONE</b> - <i>Se gli orari cambiano, inserisci gli orari della scorsa settimana.</i>	<b>DOMENICA</b>	<b>LUNEDÌ</b>	<b>MARTEDÌ</b>	<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>GIOVEDÌ</b>	<b>VENERDÌ</b>	<b>SABATO</b>

Necessiti di assistenza per l'infanzia perché <b>frequenti l'università/dei corsi</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				Stai per iniziare l'università/dei corsi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indica la data di inizio:     /     /			
NOME SCUOLA O UNIVERSITÀ			TOTALE ORE DELLE LEZIONI A SETTIMANA		Gli orari cambiano ogni settimana? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
<b>ORARI TIPICI DELLE LEZIONI</b> - Se gli orari cambiano, inserisci gli orari della scorsa settimana.	<b>DOMENICA</b>	<b>LUNEDÌ</b>	<b>MARTEDÌ</b>	<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>GIOVEDÌ</b>	<b>VENERDÌ</b>	<b>SABATO</b>

## Informazioni sugli altri adulti che partecipano alla domanda e sulle loro attività.

<b>A chi fanno riferimento queste informazioni sul lavoro?</b> (Seleziona un'opzione) <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/> Altro adulto				<b>Ha più di un lavoro?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, utilizza ulteriori pagine per fornire maggiori informazioni.			
L'adulto <b>lavora</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		L'adulto sta per iniziare un nuovo lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Data di inizio:     /     /		L'adulto sta cercando lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
NOME DATORE DI LAVORO			ORE DI LAVORO TOTALI A SETTIMANA		Gli orari cambiano ogni settimana? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
<b>ORARI TIPICI DI LAVORO</b> - Se gli orari di lavoro cambiano, inserisci gli orari di lavoro della scorsa settimana.	<b>DOMENICA</b>	<b>LUNEDÌ</b>	<b>MARTEDÌ</b>	<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>GIOVEDÌ</b>	<b>VENERDÌ</b>	<b>SABATO</b>
L'adulto segue un <b>programma di formazione per il lavoro</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				L'adulto sta per iniziare un programma di formazione per il lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indica la data di inizio:     /     /			
NOME/STRUTTURA DEL PROGRAMMA DI FORMAZIONE			TOTALE ORE DI FORMAZIONE A SETTIMANA		Gli orari cambiano ogni settimana? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
<b>ORARI TIPICI DEL PROGRAMMA DI FORMAZIONE</b> - Se gli orari cambiano, inserisci gli orari della scorsa settimana.	<b>DOMENICA</b>	<b>LUNEDÌ</b>	<b>MARTEDÌ</b>	<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>GIOVEDÌ</b>	<b>VENERDÌ</b>	<b>SABATO</b>
L'adulto frequenta l' <b>università/dei corsi</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				L'adulto sta per frequentare l' <b>università/dei corsi</b> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indica la data di inizio:     /     /			
NOME SCUOLA O UNIVERSITÀ			TOTALE ORE DELLE LEZIONI A SETTIMANA		Gli orari cambiano ogni settimana? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
<b>ORARI TIPICI DELLE LEZIONI</b> - Se gli orari cambiano, inserisci gli orari della scorsa settimana.	<b>DOMENICA</b>	<b>LUNEDÌ</b>	<b>MARTEDÌ</b>	<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>GIOVEDÌ</b>	<b>VENERDÌ</b>	<b>SABATO</b>

## Informazioni sul reddito familiare.

Il richiedente o chiunque partecipi alla domanda riceve denaro da una delle seguenti opzioni:			CHI?	IMPORTO LORDO	PERIODO (settimana, mese, ecc.)	CHI?	IMPORTO LORDO	PERIODO (settimana, mese, ecc.)
	SÌ	NO						
Reddito da lavoro (incluso paga/stipendio, straordinario, commissioni, programmi di formazione, mance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Reddito netto autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pagamenti per il mantenimento dei figli (ricevuti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Alimenti/Supporto al coniuge (ricevuti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Indennità di disoccupazione/di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sussidi previdenziali (incluso SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sussidi per disabilità (Stato di New York, Affari dei Veterani, Privato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Reddito da affitto/pensionante/inquilino (ricevuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dividenti/Interessi - Azioni, obbligazioni, risparmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pensioni/Vitalizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sovvenzione per assistenza pubblica (PA), sussidi dei programmi di sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Altro (Specifica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## Consensi e firma

Si prega di leggere i termini, selezionare la casella e firmare la domanda. Inviando la domanda, dichiaro che:

- Voglio richiedere l'Assistenza per l'infanzia. Ho compilato la domanda nella massima onestà e al meglio delle mie conoscenze.
- L'assistenza non influirà sullo stato di immigrazione mio o della mia famiglia. Le informazioni relative allo stato di immigrazione sono private e riservate.
- Le risorse della mia famiglia non ammontano a oltre 1.000.000 \$.

Confermo che le informazioni rilasciate in questo documento sono veritiere e accurate al meglio delle mie conoscenze.

LA TUA FIRMA <b>X</b>	NOME IN STAMPATELLO	DATA DELLA FIRMA / /
FIRMA DEGLI ALTRI ADULTI <b>X</b>	NOME IN STAMPATELLO	DATA DELLA FIRMA / /



# Modulo di iscrizione alle liste elettorali per agenzia dello Stato di New York

<p><b>"Se non hai effettuato l'iscrizione alle liste elettorali nel luogo in cui vivi, desideri iscriverti oggi?"</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se hai selezionato <b>SI</b>, completa il MODULO DI ISCRIZIONE ALLE LISTE ELETTORALI qui sotto</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NO</b> perché ho scelto di non iscrivermi <b>O</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ho già effettuato l'iscrizione presso il mio indirizzo attuale <b>O</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ho richiesto e ricevuto un modulo di iscrizione per posta.</p> <p><b>X</b> _____ / / Firma Data</p> <p>_____ Nome in stampatello</p>		<p><b>Se non hai selezionato la casella, si riterrà che hai deciso di non iscriverti alle liste elettorali in questa occasione.</b></p>	<p><b>Importante!</b></p> <p>La decisione di effettuare o meno l'iscrizione alle liste elettorali non influirà sull'importo per l'assistenza che percepirai da questa agenzia.</p> <p>Se necessiti di assistenza per compilare il modulo per la richiesta di iscrizione alle liste elettorali, possiamo aiutarti. Sta a te decidere se richiedere o accettare il nostro aiuto. Puoi compilare il modulo in forma privata.</p> <p>Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al <b>1-800-367-8683</b></p> <p>中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: <b>1-800-367-8683</b></p> <p>한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 <b>1-800-367-8683</b> 으로 전화 하십시오.</p> <p>যদি আপদি এই ফর্মটিম ইংরেজীরেপপরেচারেহরে <b>1-800-367-8683</b> িষরে পফাি করকি</p>
---	--	---	---

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLE LISTE ELETTORALI (istruzioni sul retro)

- Vorrei compilare una domanda per il voto a distanza  
 Sì, vorrei prestare servizio durante le elezioni

**COMPILA IL MODULO A MANO O AL COMPUTER CON INCHIOSTRO BLU O NERO**

1	<p><b>Sei un cittadino degli Stati Uniti?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Se hai risposto <b>NO</b>, <u>non</u> completare questo modulo</p>		2	<p>A) Avrai compiuto 18 anni prima o il giorno delle elezioni? <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>B) Hai almeno 16 anni e comprendi che devi avere 18 anni di età prima o il giorno dell'elezione per votare e che, fino a quando non avrai compiuto il diciottesimo anno di età al momento dell'elezione, l'iscrizione sarà considerata "in sospeso" e non potrai votare in alcuna elezione? <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b></p> <p>Se hai risposto <b>NO</b> a entrambe le domande precedenti, <u>non</u> puoi iscriverti alle liste elettorali.</p>		Riservato al Consiglio
	3	Cognome		Nome	Iniziale secondo nome	
4	Indirizzo attuale (non indicare la casella postale)		App. N°	Città/comune/villaggio	Codice postale	Contea
5	Indirizzo postale (se diverso da quanto sopra)		Casella postale, strada, ecc.	Ufficio postale	Codice postale	
6	Data di nascita	7	Sesso (facoltativo):	8	Telefono (facoltativo)	E-mail (facoltativo)
10	Ultimo anno in cui hai votato	Indirizzo dell'epoca (Indica numero civico, via e città)		9	<p><b>Numero ID (Seleziona la casella applicabile e indica il numero)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Numero DMV Stato di New York _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non dispongo di un numero DMV o di previdenza sociale</p>	
	Contea/stato	Con il nome (se diverso dal nome attuale)				
11	<p><b>Partito politico</b></p> <p><b>Voglio iscrivermi a un partito politico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Partito democratico</p> <p><input type="checkbox"/> Partito repubblicano</p> <p><input type="checkbox"/> Partito conservatore</p> <p><input type="checkbox"/> Partito Working Families</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p><b>Non voglio iscrivermi ad alcun partito politico e desidero esercitare il mio diritto al voto in modo indipendente.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nessun partito</p>		<p>12</p> <p><b>Affidavit: Giuro o dichiaro che</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sono un cittadino degli Stati Uniti.</li> <li>Avrò vissuto nella contea, città o villaggio per almeno 30 giorni precedenti all'elezione.</li> <li>Disponnò dei requisiti necessari all'iscrizione alle liste elettorali dello Stato di New York.</li> <li>Sulla riga qui sotto è apposta la mia firma o il mio segno.</li> <li>Le informazioni qui sopra sono veritiere e comprendo che se non lo sono, posso essere giudicato colpevole e ricevere una multa fino a 5.000 \$ e/o essere incarcerato fino a quattro anni.</li> </ul> <p><b>X</b> _____ / / Firma o segno a penna Data</p>			

## (Facoltativo) Registrazione per la donazione di organi e tessuti

Cognome		
Nome	Iniziale secondo nome	Suffisso
Indirizzo		
Data di nascita	Sesso	
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Altro	
Colore degli occhi	Altezza	
	Ft. in.	
E-mail	Numero DMV o ID dello Stato di New York	

**Firmando qui sotto, certifichi di:**

- Avere minimo 16 anni
- Acconsentire alla donazione di tutti gli organi e tessuti per il trapianto, la ricerca o per entrambi;
- Autorizzare il Consiglio elettorale a fornire il tuo nome e identificare i dati per l'iscrizione al Registro Donate Life dello Stato di New York;
- Autorizzare il Registro a consentire l'accesso a tali informazioni alle organizzazioni regolamentari per l'approvvigionamento degli organi e le banche per i tessuti e degli occhi con licenza nello Stato di New York e altre organizzazioni approvate dagli ospedali del Commissioner of Health dello Stato di New York dopo la morte.



\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Data

## Requisiti per l'iscrizione

### Puoi utilizzare questo modulo per:

- iscriverti alle liste elettorali dello Stato di New York;
- cambiare il nome e/o l'indirizzo, se è necessario modificarli dall'ultima volta che hai votato;
- iscriverti un partito politico o modificare l'iscrizione;
- preiscriverti alle liste elettorali se hai 16 o 17 anni.

### Per iscriverti devi:

- essere un cittadino degli Stati Uniti;
- avere 18 anni (puoi preiscriverti a 16 o 17 anni, ma non potrai votare finché non ne avrai compiuti 18);
- essere residente nella contea o nella città di New York per almeno 30 giorni prima dell'elezione;
- non essere in prigione per una condanna per reato;
- non richiedere il diritto di voto altrove; e
- non essere stato ritenuto incapace da un tribunale.

## Importante!

Se ritieni che qualcuno abbia interferito con il tuo diritto a iscriverti o a rifiutare l'iscrizione alle liste elettorali, il tuo diritto alla privacy nel decidere se iscriverti o effettuare l'iscrizione alle liste elettorali, il tuo diritto a scegliere il tuo partito politico o altre preferenze politiche, puoi sporgere un reclamo per:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
Telefono: **1-800-469-6872**;

Gli utenti TDD/TTY possono contattare il New York State Relay al 711; o visitare il nostro sito web - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

La tua decisione di iscriverti alle liste elettorali resterà confidenziale e sarà utilizzata solo per scopi inerenti all'iscrizione alle liste elettorali. Le informazioni relative a chiunque scelga di non iscriversi alle liste elettorali e/o le informazioni relative all'ufficio in cui è stata inviata la domanda resteranno confidenziali e saranno utilizzate solo per scopi inerenti all'iscrizione alle liste elettorali.

---

## Verifica dell'identità

Proveremo a verificare la tua identità prima del giorno delle elezioni tramite il numero DMV (numero della patente o numero ID per chi non guida) o le ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale, inserito nella sezione 9.

Se non disponi di un numero DMV o di sicurezza sociale, puoi utilizzare un documento valido con foto, una bolletta, un estratto conto, un assegno, un assegno del governo o qualsiasi altro documento governativo recente che mostri il tuo nome e indirizzo. Puoi includere una copia di questi documenti con questo modulo.

Se non saremo in grado di verificare la tua identità prima del giorno delle elezioni, ti verrà chiesto un documento quando voterai la prima volta.

### Per completare questo modulo:

**È reato fornire dati relativi a un'iscrizione falsa o informazioni false al Consiglio elettorale.**

**Sezione 9:** Devi effettuare una selezione. Per domande, consulta la sezione Verifica dell'identità qui sopra.

**Sezione 10:** Se non hai mai votato prima d'ora, scrivi "Nessuno". Se non ricordi quando è stata l'ultima volta che hai votato, inserisci un punto interrogativo (?). Se hai votato con un nome diverso, inserisci quel nome. In caso contrario, scrivi "Stesso".

**Sezione 11:** Seleziona solo un'opzione. L'iscrizione al partito politico è opzionale, ma per votare alle primarie di un partito politico, il votante deve iscriversi a quel partito politico, se non diversamente stabilito dalle norme statali del partito.

---