

뉴욕주
아동 및 가족 서비스 담당실
보육 지원 신청

이 신청서는 무보장 보육 지원만을 신청하기 위해 마련된 것입니다. 보장된 보육 지원을 포함하여 다른 주 혜택을 신청하려면 [뉴욕주 특정 혜택 및 서비스 신청서 양식, LDSS-2921](#)을 사용하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가까운 사회복지부에 문의하실 수 있습니다.

선택 사항이 아닌 모든 질문에 대해 주십시오. 명확하게 작성해주시기 바랍니다. 음영 처리된 부분은 건너뛰시기 바랍니다.

본인 신원 정보를 기입해 주십시오.

성명(이름과 성을 반드시 기재해 주십시오.)				별칭:	
거리 주소 거리:	아파트 호수/층:	시:	주:	카운티:	우편번호:
우편 주소(다른 경우) 거리:	아파트 호수/층:	시:	주:	카운티:	우편번호:
전화번호 () -			전화번호 유형 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 집전화/유선 <input type="checkbox"/> 직장 전화번호		
이메일 (선택 사항)					

어떻게 연락받기를 원하십니까? (선택 사항)

전화 이메일 기타(상세 기재):

기본 언어

영어 스페인어 기타(상세 기재):

혼인 여부

미혼 기혼 이혼 별거 사별

귀하 또는 귀하와 함께 신청하는 성인이 다음 혜택 중 하나를 받고 있습니까?

Medicaid 가정 에너지 지원 프로그램(HEAP) 헤드 스타트/조기 헤드 스타트
 보조 영양 지원 프로그램(SNAP) 여성 유아 및 아동 프로그램(WIC) TANF로부터 현금 지급 지원
 주거 바우처 또는 지원 생활보조금(SSI)과 같은 기타 연방 지원 프로그램 해당 사항 없음

귀하의 가구 상황에 대해 기재하십시오.

다음 중 귀하 또는 귀하와 함께 신청하는 성인에게 해당되는 것이 있습니까?

- **노숙자입니까?** (고정 장소 없음, 야간에 머물기에 정기적이고 적절한 장소) 예 아니요
- 부모가 **미군**에서 현역(정규 복무) 중입니까? 예 아니요
- 부모가 **주방위군** 또는 **예비군** 소속입니까? 예 아니요
- 기타 보육 지원금을 받거나 신청하고 계십니까? 예 아니요
 - 예, 기관명을 기재하십시오: _____
- 보육이 필요한 이유 _____

가족 일원에 대해 기재하십시오.

LN	이름과 성	생년월일: (월-일-년)	성별 (남/녀/ 기타)	본인과의 관계:	성 정체성 선택 사항입니다. (기술해 주십시오)	사회보장번호 (SSN) 선택사항	각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니요)을 입력하십시오* (선택 사항)						보육이 필요한 각 어린이에 대해 (예 또는 아니요 중 하나 선택)			
							H	I	A	B	P	W	이 아이에게 보육이 필요합니까? (예 또는 아니요를 선택하십시오)	자녀가 미국 시민/국적이거나 자녀에게 만족스러운 이민 신분이 있습니까?	자녀에게 특별한 도움이 필요합니까?	두 부모 모두 한 집에 살고 있습니까?
1		/ /		본인								<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
2		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
3		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
4		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
5		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
6		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
7		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
8		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
9		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
10		/ /										<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

* 인종 소속 코드: H - 히스패닉, I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, A - 아시아인, B - 흑인 또는 아프리카계 미국인, P - 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민, W - 백인

더 많은 공백이 필요하거나 저희에게 필요하다고 생각되는 추가 정보가 있는 경우 여분의 페이지를 사용할 수 있습니다.

한 집에 거주하지 않는 부모에 대해 기재하십시오.

부모가 한 집에 살지 않고 보육을 필요로 하는 모든 자녀를 나열하십시오.

19세 미만 자녀의 이름	부재 중인 부모가 돌봄을 제공할 수 있습니까?	'아니요'인 경우 이유를 기재하십시오.
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

귀하의 직업과 기타 활동에 대해 기재하십시오.

일터에 나가기 때문에 보육이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	새 직업을 시작하려고 하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우 시작일: / /	직업을 찾고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
고용주 이름	주당 총 근무 시간	일정이 매주 바뀔까요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
일반 근무 일정 - 일정이 변경된 경우 지난 주의 일정을 입력하십시오.	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
직업이 두 개 이상인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 여분의 페이지를 사용하여 귀하의 다른 직업에 대한 상세 정보를 제공해 주십시오.							

직업 교육 프로그램에 참여하고 있기 때문에 보육 서비스가 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	직업 교육 프로그램을 시작하려고 하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우 시작일: / /						
교육 프로그램 이름/시설	주당 총 교육 시간	일정이 매주 바뀔까요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
일반 교육 일정 - 일정이 변경된 경우 지난 주의 일정을 입력하십시오.	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일

대학에 진학하거나 수업을 듣기 때문에 보육이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				곧 대학에 들어가거나 수업을 들으실 예정입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우 시작일: / /				
학교 또는 대학 이름				주당 총 수업 시간		일정이 매주 바뀔니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
일반 수업 일정 - 일정이 변경된 경우 지난 주의 일정을 입력하십시오.		일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일

귀하와 함께 신청하는 다른 성인과 그들의 활동에 대해 기재하십시오.

누구의 직업 정보입니까? (한 항목 선택) <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타 부모 <input type="checkbox"/> 기타 성인				직업이 두 개 이상입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 여분의 페이지를 사용하십시오.				
성인이 근무하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		그 성인이 곧 새 직업을 시작하려고 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시작일: / /		그 성인이 직장을 찾고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
고용주 이름				주당 총 근무 시간		매주 일정이 바뀔니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
일반 근무 일정 - 일정이 변경된 경우 지난 주의 일정을 입력하십시오.		일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
해당 성인이 직업 교육 프로그램에 참여하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				해당 성인이 곧 직업 교육 프로그램을 시작할 예정입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우 시작일: / /				
교육 프로그램 이름/시설				주당 총 교육 시간		매주 일정이 바뀔니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
일반 교육 일정 - 일정이 변경된 경우 지난 주의 일정을 입력하십시오.		일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
해당 성인이 대학에 다니거나 수업을 들습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				해당 성인이 곧 대학에 입학하거나 수업을 듣게 됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우 시작일: / /				
학교 또는 대학 이름				주당 총 수업 시간		매주 일정이 바뀔니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
일반 수업 일정 - 일정이 변경된 경우 지난 주의 일정을 입력하십시오.		일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일

귀하의 가구 소득에 대해 기재하십시오.

귀하 또는 귀하와 함께 신청하는 사람이 다음 중 한 곳으로부터 돈을 받는 경우 기재하십시오.	예	아니요	누구입니까?	총액	기간(주, 월 등)	누구입니까?	총액	기간(주, 월 등)
근로 소득(임금/급여, 초과 근무, 커미션, 교육 프로그램, 팁 포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
순 자영업 소득	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
자녀 양육비 지급(수령함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
위자료/배우자 부양비(수령함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
실업 보험 급여, 산재 보상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
사회 보장 급여(SSI 포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
장애 급여(뉴욕주, 재향군인회, 민간)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
임대/하숙인/하숙인 소득(수령함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
배당금/이자 - 주식, 채권, 저축	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
수당/연금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
공공 지원(PA) 보조금, 안전망 혜택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
기타(상세 기재)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

동의 및 서명

약관을 읽고 확인란을 선택한 후 신청서에 서명하십시오. 본인은 이 신청서를 제출함으로써 다음 사항에 동의합니다.

- 보육 지원을 신청하려고 합니다. 본인은 이 신청서에 대해 본인이 아는 선에서 최대한 솔직하게 작성하였습니다.
- 지원을 받는다고 해서 본인과 내 가족의 이민 신분에 영향을 미치지 않습니다. 이민 정보는 비공개이며 기밀입니다.
- 우리 가족 자산은 \$1,000,000를 넘지 않습니다.

본인은 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 정확하고 완전하다는 사실을 증명합니다.

귀하의 서명 X	정자체 이름	서명한 날짜 / /
다른 성인(들)의 서명 X	정자체 이름	서명한 날짜 / /



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 আপদিএই ফরটিম ইংরেজীরেপপরেচাি়োহরে **1-800-367-8683**

িষরে পফাি ককরি

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)	
	In county/state	Under the name (if different from your name now)			<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	
11	Political Party I wish to enroll in a political party		12	Affidavit: I swear or affirm that		
	<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			<ul style="list-style-type: none"> 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.

뉴욕주 기관용 유권자 등록 신청서

“현 거주지에서 유권자 등록이 되어 있지 않았을 경우, 오늘 여기서 등록을 신청하시겠습니까?”

예 **예**에 표시한 경우 아래 유권자 등록 신청서를 작성해 주십시오

아니요 등록하지 않겠습니다 **또는**

이미 현재 주소로 등록했습니다 **또는**

우편 등록 신청서를 신청해 받았습니다

서명 _____ 날짜 _____ / _____ / _____

이름을 정자체로 기재 _____

아무 항목에도 표시하지 않은 경우, 유권자 등록을 신청하지 않은 것으로 간주됩니다.

중요 사항!

유권자 등록 신청 여부는 본 기관을 통해 귀하에게 제공되는 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 어려움이 있다면 기꺼이 도와드리겠습니다. 원하신다면 작성에 필요한 도움을 받으실 수 있으니 문의해 주십시오. 도움을 원치 않으시면 혼자서 신청서를 작성하실 수 있습니다.

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 আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চানতাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোনকরুন

개정 05/04/2021

유권자 등록 신청서 (작성 지침은 뒷면 참조)

예, 부재자 투표 신청서가 필요합니다 **파란색 또는 검은색 펜을 사용해 정자체로 작성하십시오** 예, 선거일 지원 근무자로 활동하고 싶습니다

1	<p>미국 시민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>만일 대답을 아니요라고 하셨다면 이 신청서를 작성하지 마십시오</p>	2	<p>A) 선거일 전이나 선거 당일에 만 18세가 됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>B) 16세 이상이고, 투표일 당일 또는 그 이전에 18세 이상이어야 하며, 그러한 투표 시점에 18세가 될 때까지 등록이 “진행 중”이라고 표시되어 있으면 어떤 투표도 행사할 수 없었던 다는 사실을 알고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>앞의 두 개 질문에 모두 아니요라고 답했다면 투표 등록을 할 수 없습니다.</p>	For Board Use Only
3	<p>성 _____ 이름 _____ 중간 이니셜 _____ 호칭 _____</p>			
4	<p>거주지 주소 (우편사서함 (P.O. Box) 불가) _____ 아파트 호수 _____ 도시/타운/빌리지 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____</p>			
5	<p>우편물 수취 주소 (위와 다를 경우) _____ 우편 사서함, Star Route 등 _____ 우체국 _____ 우편번호 _____</p>			
6	7	8	9	
<p>생년월일 _____ 성별 (선택 사항) _____ 전화 (선택 사항) _____ 이메일 (선택 사항) _____</p>		<p>신분증 번호 (해당 항목에 표시하고 번호를 기재)</p> <p><input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 사회 보장 번호 (Social Security Number) 마지막 4자리 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 또는 사회 보장 번호 없음</p>		
10	<p>마지막으로 투표한 연도 _____ 당시 주소 (주택 번지, 도로명, 도시명 기재) _____</p> <p>투표 카운티/주 _____ 투표 시 사용한 이름 (현재 이름과 다를 경우) _____</p>		12	
11	<p>정당</p> <p>정당 가입을 희망합니다</p> <p><input type="checkbox"/> 민주당(Democratic party)</p> <p><input type="checkbox"/> 공화당(Republican party)</p> <p><input type="checkbox"/> 보수당(Conservative party)</p> <p><input type="checkbox"/> 근로가족당(Working Families party)</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 _____</p> <p>어떤 정당에도 가입하고 싶지 않고 독립된 유권자가 되고 싶습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 미가입</p>		12	
			<p>선서: 본인은 다음의 사실을 맹세 또는 단언합니다</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인은 미국 시민입니다. • 본인은 선거일 이전에 최소 30일 동안 해당 카운티, 도시, 빌리지에 거주할 예정입니다. • 본인은 뉴욕주 유권자 등록 요건을 모두 충족합니다. • 아래의 서명 또는 표시는 본인의 서명 또는 표시입니다. • 상기 정보는 사실입니다. 본인은 상기 정보가 사실이 아닐 경우 유죄 판결을 받을 수 있고 \$5,000의 벌금형 및/또는 최고 4년간의 징역형에 처해질 수 있음을 이해합니다. <p>_____ / _____ / _____</p> <p>잉크로 서명 또는 표시 날짜</p>	

(선택 사항) 장기 및 조직 기증 등록

성 _____		
이름 _____	미들 이니셜 _____	호칭 _____
주소 _____		
아파트 호수 _____	도시/타운/빌리지 _____	우편번호 _____
생년월일 _____	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
눈동자 색 _____	신장	피트 _____ 인치 _____
이메일 _____	DMV 또는 ID NYC 번호 _____	

본인은 아래에 서명함으로써 다음 내용을 확인합니다

- 16세 이상입니다.
- 본인의 장기와 조직을 이식 및 연구 목적을 위해 기증하기로 동의합니다.
- 선관위가 기증자 등록을 위해 본인의 이름 및 신원 정보를 뉴욕주 장기 및 조직 기증에 제공할 수 있도록 승인합니다.
- 또한, 본인이 사망했을 경우, 등록부가 이러한 정보를 연방정부의 규제를 받는 장기 확보 기관, 뉴욕주 의 허가를 받은 조직 및 안구 은행, 뉴욕주 보건국 국장 (NYS Commissioner of Health) 의 승인을 받은 기타 기관에 제공할 수 있도록 승인합니다.



_____ / _____ / _____

서명 날짜

등록 자격 요건

신청서 사용 목적:

- 뉴욕주에서 유권자로 등록
- 마지막 투표 이후 이름 및/또는 주소가 변경된 경우 해당 정보를 변경
- 정당에 가입하거나 가입 정당을 변경
- 16세 또는 17세인 경우 투표 사전 등록.

등록 필수 조건:

- 미국 시민이어야 함
- 18세 이상(16세 또는 17세에 사전 등록은 가능하지만 18세가 될 때까지 투표 불가)
- 선거일 이전에 최소 30일 동안 뉴욕시 또는 뉴욕 카운티의 거주주여야 함
- 중범죄 유죄판결로 가석방 또는 복역 중이지 않아야 합니다
- 타 지역에서 유권자 등록을 요청하지 않음
- 법원에서 무능력자로 인정되지 않음

중요 사항!

귀하의 유권자 등록 또는 등록 거부 권리, 유권자 등록 여부의 결정 또는 등록 신청에 대한 사생활 보호 권리, 정당 또는 기타 정치적인 선호를 스스로 선택할 수 있는 권리가 타인에 의해 침해되었다고 판단되는 경우 아래 뉴욕주 선거관리위원회(NYS Board of Elections)로 불만을 제기하실 수 있습니다.

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

전화: 1-800-469-6872

TDD/TTY 사용자는 711 번을 눌러 뉴욕주 릴레이 서비스(New York State Relay)를 통해 연결

웹사이트: www.elections.ny.gov

귀하의 등록 결정 의사는 기밀 사항으로 취급되며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다. 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 개인 및/또는 본 신청서가 제출된 사무실에 관련된 정보는 기밀 사항이며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다.

신원 확인 절차

선거일 이전에 본 신청서 9번 항목에 기재된 DMV 번호(운전면허증 번호 또는 비운전자 ID 번호)나 사회 보장 번호 마지막 4자리를 통해 귀하의 신원을 확인할 예정입니다.

DMV 또는 사회 보장 번호가 없다면 사진이 부착된 유효한 신분증, 가장 최근의 공과금 고지서, 은행 입출금 내역서, 급여 지불 수표, 정부 발행 수표 또는 본인의 이름과 주소가 기재된 기타 정부 발행 문서를 통한 신원 확인이 가능합니다. 위에 해당하는 신분증의 사본을 본 신청서에 동봉해 접수할 수 있습니다.

선거일 전에 귀하의 신원을 확인할 수 없는 경우, 처음 투표 시 신분증 제시를 요청받게 됩니다.

신청서 작성 시 주의 사항:

선거관리위원회에 거짓된 정보를 제공하거나 허위로 유권자 등록을 진행하는 행위는 범죄 행위입니다.

9번 항목: 반드시 하나를 선택해야 합니다. 궁금한 점이 있으면 위에 명시된 신원 확인 절차를 참고하십시오.

10번 항목: 전에 한 번도 투표한 적이 없으면 “없음(None)”이라고 기재하고, 마지막으로 투표한 날짜를 기억할 수 없으면 물음표(?)를 기재하십시오. 다른 이름을 사용하여 투표한 경우 해당 이름을 기재하고, 그렇지 않으면 “같음(Same)”이라고 기재하십시오.

11번 항목: 하나의 항목에만 표시하십시오. 정당 가입은 선택 사항이지만, 정당 예비 선거에 투표하려는 투표자는 해당 정당에 가입해야 합니다(주 정당 규칙에서 별도로 허용하는 경우는 제외).