

STAN NOWY JORK
BIURO DS. DZIECI I USŁUG RODZINNYCH
WNIOSEK O POMOC W OPIECE NAD DZIECKIEM

Niniejszy wniosek służy wyłącznie do ubiegania się o niegwarantowaną pomoc w zakresie opieki nad dziećmi. Aby ubiegać się o inne świadczenia stanowe, w tym gwarantowaną pomoc w opiece nad dzieckiem, należy skorzystać z formularza [Wniosek obowiązujący w Stanie Nowy Jork o określone świadczenia i usługi/New York State Application for Certain Benefits and Services, LDSS-2921](#). Jeśli masz jakiegokolwiek pytania lub potrzebujesz pomocy, możesz skontaktować się z lokalnym departamentem ds. opieki społecznej.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, które nie są zaznaczone jako opcjonalne. Należy pisać wyraźnie. Prosimy nie pisać w zacienionych obszarach.

Opowiedz nam o sobie.

Pełne imię i nazwisko (należy podać imię i nazwisko.)			Pseudonimy:		
Adres - ulica Ulica:	Nr mieszkania/Piętro:	Miasto:	Stan:	Hrabstwo:	Kod pocztowy:
Adres korespondencyjny (jeśli inny) Ulica:	Nr mieszkania/Piętro:	Miasto:	Stan:	Hrabstwo:	Kod pocztowy:
Numer telefonu () -		Typ numeru telefonu <input type="checkbox"/> Telefon komórkowy <input type="checkbox"/> Telefon domowy/Linia stacjonarna <input type="checkbox"/> Telefon służbowy			
E-mail (Opcjonalnie).					

Jak chcesz, abyśmy się z Tobą kontaktowali? (Opcjonalnie.)

Telefonicznie
 Drogą mailową
 Inną drogą (prosimy o podanie):

Pierwszy język

Angielski
 Hiszpański
 Inny (prosimy o podanie):

Stan cywilny

Osoba samotna
 Osoba w małżeństwie
 Osoba rozwiedziona
 Osoba w separacji
 Osoba owdowiała

Czy Ty lub jakakolwiek osoba dorosła (lub osoby dorosłe) składająca wniosek wraz z Tobą otrzymuje którekolwiek z poniższych świadczeń?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Home Energy Assistance Program (HEAP) | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) | <input type="checkbox"/> Women Infants and Children Program (WIC) | <input type="checkbox"/> Pomoc pieniężna z TANF |
| <input type="checkbox"/> Bony mieszkaniowe lub pomoc mieszkaniowa | <input type="checkbox"/> Inne federalne programy pomocowe, takie jak Supplemental Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych. |

Opowiedz nam o sytuacji swojego gospodarstwa domowego.

Czy którekolwiek z poniższych dotyczy Ciebie lub osoby dorosłej (osób dorosłych) składającej wniosek wraz z Tobą?

- **Osoba bezdomna?** (brak stałego, regularnego i odpowiedniego miejsca na nocleg) Tak Nie
- Rodzic pełni czynną służbę (służbę w pełnym wymiarze godzin) w **wojsku amerykańskim**? Tak Nie
- Rodzic jest członkiem **Gwardii Narodowej** lub **Jednostki Rezerwy Wojskowej**? Tak Nie
- Otrzymujesz lub ubiegasz się o inne fundusze na opiekę nad dziećmi? Tak Nie
 - Jeśli tak, prosimy o podanie nazwy agencji: _____
- Powód/Powody, dla którego/których potrzebna jest opieka nad dzieckiem: _____

Opowiedz nam o wszystkich domownikach.

LN	Imię i nazwisko	Data urodzenia (mm-dd-rrrr)	Płeć (M/K/X)	Relacja z Tobą	Tożsamość płciowa Opcjonalnie. (Proszę opisać.)	Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) Opcjonalnie	Wprowadź T (Tak) lub N (Nie) dla każdej rasy* (Opcjonalnie)						DLA KAŻDEGO DZIECKA wymagającego opieki (zaznacz Tak lub Nie)			
							H	I	A	B	P	W	Czy to dziecko potrzebuje opieki? (Zaznacz Tak lub Nie).	Czy dziecko jest obywatelem/obywatelką Stanów Zjednoczonych lub ma satysfakcjonujący status imigracyjny?	Czy dziecko ma specjalne potrzeby?	Czy oboje rodzice mieszkają w domu?
1		/ /		TY								<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
2		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
3		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
4		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
5		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
6		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
7		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
8		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
9		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
10		/ /										<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

* Kody przynależności rasowej: **H** - Latynos, **I** - Rdzenny Amerykanin lub mieszkaniec Alaski, **A** - Azjata, **B** - Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin, **P** - Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec Wysp Pacyfiku, **W** - Osoba biała

Jeśli potrzebujesz więcej miejsca lub uważasz, że możemy potrzebować więcej informacji, użyj dodatkowych stron.

Opowiedz nam o rodzicach, którzy nie mieszkają w domu.

Wymień wszystkie dzieci wymagające opieki, których rodzic nie mieszka w domu.

Imiona i nazwiska dzieci poniżej 19. roku życia	Czy nieobecny rodzic może zapewnić opiekę?	Jeśli nie, podaj powód.
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

Opowiedz nam o swojej pracy i innych aktywnościach.

Czy potrzebujesz opieki nad dzieckiem, ponieważ pracujesz ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Czy zamierzasz rozpocząć nową pracę? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, data rozpoczęcia: / /		Czy szukasz pracy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
NAZWA PRACODAWCY			ŁĄCZNA LICZBA PRZEPRACOWANYCH GODZIN TYGODNIOWO		Czy Twój harmonogram zmienia się z tygodnia na tydzień? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
TYPOWY HARMONOGRAM PRACY - W przypadku zmiany harmonogramu wprowadź harmonogram z ostatniego tygodnia.	NIEDZIELA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA
Czy masz więcej niż jedno miejsce pracy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, skorzystaj z dodatkowych stron, aby podać nam więcej informacji na temat innych miejsc pracy.							

Czy potrzebujesz opieki nad dzieckiem, ponieważ bierzesz udział w szkoleniu zawodowym ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Czy zamierzasz wziąć udział w szkoleniu zawodowym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, data rozpoczęcia: / /					
NAZWA PROGRAMU/OŚRODKA SZKOLENIOWEGO			ŁĄCZNA LICZBA GODZIN SZKOLENIA TYGODNIOWO		Czy Twój harmonogram zmienia się z tygodnia na tydzień? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
TYPOWY HARMONOGRAM SZKOLEŃ - W przypadku zmiany harmonogramu wprowadź harmonogram z ostatniego tygodnia.	NIEDZIELA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA

Czy potrzebujesz opieki nad dzieckiem, ponieważ uczęszczasz do college'u lub na zajęcia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				Czy zamierzasz rozpocząć naukę w college'u? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, data rozpoczęcia: / /			
NAZWA SZKOŁY LUB COLLEGE'U			ŁĄCZNA LICZBA GODZIN ZAJĘĆ W TYGODNIU		Czy Twój harmonogram zmienia się z tygodnia na tydzień? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
TYPOWY HARMONOGRAM ZAJĘĆ - <i>W przypadku zmiany harmonogramu wprowadź harmonogram z ostatniego tygodnia.</i>	NIEDZIELA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA

Opowiedz nam o innych osobach dorosłych ubiegających się wraz z Tobą o opiekę i ich działaniach.

Kogo dotyczą te informacje o zatrudnieniu? (Zaznacz jedno). <input type="checkbox"/> Współmałżonka <input type="checkbox"/> Innego rodzica <input type="checkbox"/> Innej dorosłej osoby				Czy osoba ta pracuje w więcej niż w jednym miejscu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, użyj dodatkowych stron.			
Czy ta osoba dorosła pracuje ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Czy ta osoba dorosła zamierza rozpocząć nową pracę? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data rozpoczęcia: / /		Czy ta osoba dorosła szuka pracy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
NAZWA PRACODAWCY			ŁĄCZNA LICZBA PRZEPRACOWANYCH GODZIN TYGODNIOWO		Czy harmonogram zmienia się z tygodnia na tydzień? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
TYPOWY HARMONOGRAM PRACY - <i>W przypadku zmiany harmonogramu wprowadź harmonogram z ostatniego tygodnia.</i>	NIEDZIELA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA
Czy ta osoba dorosła uczestniczy w programie szkolenia zawodowego ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				Czy ta osoba dorosła zamierza rozpocząć program szkolenia zawodowego? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, data rozpoczęcia: / /			
NAZWA PROGRAMU/OŚRODKA SZKOLENIOWEGO			ŁĄCZNA LICZBA GODZIN SZKOLENIA TYGODNIOWO		Czy harmonogram zmienia się z tygodnia na tydzień? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
TYPOWY HARMONOGRAM SZKOLEŃ - <i>W przypadku zmiany harmonogramu wprowadź harmonogram z ostatniego tygodnia.</i>	NIEDZIELA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA
Czy ta osoba dorosła uczęszcza do college'u/na zajęcia ? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				Czy ta osoba dorosła zamierza rozpocząć naukę w college'u/udział w zajęciach? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, data rozpoczęcia: / /			
NAZWA SZKOŁY LUB COLLEGE'U			ŁĄCZNA LICZBA GODZIN ZAJĘĆ W TYGODNIU		Czy harmonogram zmienia się z tygodnia na tydzień? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
TYPOWY HARMONOGRAM ZAJĘĆ - <i>W przypadku zmiany harmonogramu wprowadź harmonogram z ostatniego tygodnia.</i>	NIEDZIELA	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA

Opowiedz nam o dochodach swojego gospodarstwa domowego.

Poinformuj nas, jeśli Ty lub ktokolwiek, kto z Tobą składa wniosek, otrzymuje pieniądze z poniższych źródeł:	TAK	NIE	KTO?	KWOTA BRUTTO	OKRES (tydzień, miesiąc itp.)	KTO?	KWOTA BRUTTO	OKRES (tydzień, miesiąc itp.)
Dochód z pracy (w tym wynagrodzenie, nadgodziny, prowizje, programy szkoleniowe, napiwki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dochód netto z pracy na własny rachunek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Płatności alimentów na rzecz dzieci (otrzymane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Alimenty/środki utrzymania na rzecz małżonka (otrzymane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Świadczenia z tytułu zasiłku dla bezrobotnych, odszkodowania pracownicze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Świadczenia z tytułu niepełnosprawności (Stan Nowy Jork, sprawy weteranów, prywatne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dochód (otrzymany) z wynajmu/pensjonatu/lokatora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dywidendy/odsetki - akcje, obligacje, oszczędności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Emerytury/renty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Public Assistance (PA) Grant, Safety Net Benefits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Inne (należy określić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Zgody i podpisy

Prosimy o zapoznanie się z warunkami, zaznaczenie pola i podpisanie wniosku. Przesyłając niniejszy wniosek, zgadzam się, że:

- Chcę ubiegać się o pomoc w opiece nad dzieckiem. Wypełniłem niniejszy wniosek w uczciwy sposób i zgodnie z moją najlepszą wiedzą jest on kompletny.
- Uzyskanie pomocy nie wpłynie na status imigracyjny mój ani mojej rodziny. Informacje imigracyjne są prywatne i poufne.
- Moje zasoby rodzinne nie przekraczają 1 000 000 USD.

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawidłowe i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

TWÓJ PODPIS X	IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI	DATA PODPISU / /
PODPIS DRUGIEJ OSOBY DOROSŁEJ X	IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI	DATA PODPISU / /



Formularz rejestracji wyborców w agencji NYS

<p>„Jeśli nie jesteś zarejestrowany jako wyborca w miejscu zamieszkania, czy chciałbyś zarejestrować się dzisiaj w tym miejscu?”</p> <p><input type="checkbox"/> Tak Jeśli zaznaczyłeś TAK, wypełnij poniższy WNIOSEK O REJESTRACJĘ WYBORCY</p> <p><input type="checkbox"/> NIE, ponieważ nie chcę się rejestrować LUB</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem już zarejestrowany pod moim obecnym adresem LUB</p> <p><input type="checkbox"/> Poprosiłem o formularz rejestracyjny i otrzymałem go pocztą.</p> <p>X _____ / / _____ Podpis Data</p> <p>Imię i nazwisko drukowanymi literami</p>	<p>Jeśli nie zaznaczyłeś żadnego pola, zostaniesz uznany za osobę, która zdecydowała się nie rejestrować jako wyborca w tym momencie..</p>	<p>Ważne! Złożenie wniosku o rejestrację lub odmowa rejestracji wyborcy nie wpływa na wysokość pomocy, którą otrzymasz od tej agencji. Jeśli chcesz uzyskać pomoc przy wypełnianiu wniosku o rejestrację wyborcy, pomożemy Ci. Decyzja o szukaniu lub przyjęciu pomocy należy do Ciebie. Formularz zgłoszeniowy można wypełnić na osobności. 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 1-800-367-8683으로 전화 하십시오. যদি আপদি এই ফর্মটিম ইংরেজীবেপপরেচাি়োহরে 1-800-367-8683 িষরে পফাি করি</p>
--	---	--

WNIOSEK O REJESTRACJĘ WYBORCY (instrukcje na odwrocie)

- Potrzebuję wniosku o kartę do głosowania korespondencyjnego
 Tak, chciałbym zostać pracownikiem w dniu wyborów

Prosimy o pisanie drukowanymi literami lub niebieskim lub czarnym tuszem

1	<p>Czy jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych?</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli odpowiedziałeś NIE, <u>nie wypełniaj</u> tego formularza</p>	2	<p>A) Czy w dniu wyborów lub przed nim skończysz 18 lat? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>B) Czy masz co najmniej 16 lat i rozumiesz, że musisz mieć ukończone 18 lat w dniu wyborów lub przed dniem wyborów, aby móc głosować, oraz że dopóki nie ukończysz osiemnastu lat w czasie takich wyborów, Twoja rejestracja będzie oznaczona jako „oczekująca” i nie będziesz mógł oddać głosu w żadnych wyborach? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli odpowiedziałeś NIE na oba poprzednie pytania, <u>nie możesz</u> zarejestrować się jako wyborca.</p>	<p>Wyłącznie do użytku komisji</p>	
3	Nazwisko	Imię	Pierwsza litera drugiego imienia	Sufiks	
4	Adres zamieszkania (nie podawać skrytki pocztowej)		Nr mieszkania	Miasto/Miejscowość/Wieś	Kod pocztowy Hrabstwo
5	Adres, na który otrzymujesz pocztę (jeśli jest inny niż powyższy)			Skrzynka pocztowa, Star Route itp. Poczta	Kod pocztowy
6	Data urodzenia / /	7	Płeć (opcjonalnie)	8	Telefon (opcjonalnie) E-mail (opcjonalnie)
10	Ostatni rok, w którym głosowałeś	Twój adres to (podaj numer domu, ulicę i miasto)		9	<p>Numer dowodu tożsamości (zaznacz odpowiednie pole i podaj swój numer)</p> <p><input type="checkbox"/> Numer DMV Stanu Nowy Jork _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nie mam numeru DMV ani numeru ubezpieczenia społecznego Stanu Nowy Jork</p>
	W hrabstwie/stanie	Pod imieniem i nazwiskiem (jeśli różni się od obecnego imienia i nazwiska)		12	<p>Oświadczenie pod przysięgą: Przysięgam lub potwierdzam, że</p> <ul style="list-style-type: none"> Jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych. Będę mieszkać w hrabstwie, mieście lub wsi przez co najmniej 30 dni przed wyborami. Spełnię wszystkie wymagania, aby zarejestrować się jako wyborca w Stanie Nowy Jork. W poniższym wierszu znajduje się mój podpis lub znak. Powyższe informacje są prawdziwe i rozumiem, że jeśli nie są prawdziwe, mogę zostać skazany i ukarany grzywną w wysokości do 5000 USD i/lub pozbawiony wolności na okres do czterech lat. <p>X _____ / / _____ Podpis lub znak zapisany atramentem Data</p>
11	<p>Partia polityczna</p> <p>Chcę zapisać się do partii politycznej</p> <p><input type="checkbox"/> Partia Demokratyczna</p> <p><input type="checkbox"/> Partia Republikańska</p> <p><input type="checkbox"/> Partia Konserwatywna</p> <p><input type="checkbox"/> Partia Pracujących Rodzin</p> <p><input type="checkbox"/> Inna _____</p> <p>Nie chcę zapisywać się do żadnej partii politycznej i chcę być niezależnym wyborcą.</p> <p><input type="checkbox"/> Brak partii</p>				

(Opcjonalnie) Zarejestruj się, aby oddać narządy i tkanki

Nazwisko		
Imię	Pierwsza litera drugiego imienia	Sufiks
Adres		
Data urodzenia / /	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Inna	
Kolor oczu	Wzrost Stopy cale	
E-mail	Numer DMV lub dowodu tożsamości NYC	

Składając podpis poniżej, poświadczasz, że masz:

- 16 lat lub więcej
- Wyrażam zgodę na oddanie wszystkich narządów i tkanek do przeszczepu, badań lub obu tych celów;
- Upoważniam Komisję Wyborczą do przekazania imienia i nazwiska oraz danych identyfikacyjnych do rejestru NYS Donate Life Registry w celu rejestracji;
- Upoważniam Rejestr do umożliwienia dostępu do tych informacji organizacjom pobierającym narządy na podstawie przepisów federalnych oraz bankom tkanek i oczu posiadającym licencję Stanu Nowy Jork, a także innym podmiotom zatwierdzonym przez Komisarza ds. szpitali Stanu Nowy Jork po mojej śmierci.



Podpis

Data

Kwalifikacje do rejestracji

Możesz użyć tego formularza, aby:

- zarejestrować się jako wyborca w Stanie Nowy Jork;
- zmienić nazwisko i/lub adres, jeśli nastąpiła zmiana od ostatniego głosowania;
- zapisać się do partii politycznej lub zmienić partię, do której się zapisałeś;
- wstępnie zarejestrować się jako wyborca, jeśli masz 16 lub 17 lat.

Aby się zarejestrować:

- musisz być obywatelem Stanów Zjednoczonych;
- musisz mieć ukończone 18 lat (możesz wstępnie zarejestrować się w wieku 16 lub 17 lat, ale nie możesz głosować przed ukończeniem 18 lat);
- musisz być mieszkańcem hrabstwa lub miasta Nowy Jork co najmniej przez 30 dni przed wyborami;
- nie możesz przebywać w więzieniu po skazaniu za przestępstwo;
- nie rościć sobie prawa do głosowania w innym miejscu oraz
- nie możesz być uznany przez sąd za niekompetentnego.

Ważne!

Jeśli uważasz, że ktoś naruszył Twoje prawo do rejestracji lub odmowy rejestracji jako wyborcy, Twoje prawo do prywatności przy podejmowaniu decyzji o rejestracji lub składaniu wniosku o rejestrację jako wyborca lub Twoje prawo do wyboru własnej partii politycznej lub innych preferencji politycznych, możesz złożyć skargę:

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

Użytkownicy TDD/TTY mogą skontaktować się z New York State Relay pod numerem 711 lub odwiedzić stronę internetową - www.elections.ny.gov

Decyzja o rejestracji pozostanie poufna i zostanie wykorzystana wyłącznie do celów rejestracji wyborców. Dane osób, które nie zdecydują się na rejestrację jako wyborcy i/lub informacje dotyczące biura, do którego złożono wniosek, pozostaną poufne i będą wykorzystywane wyłącznie do celów rejestracji wyborców.

Weryfikacja tożsamości

Postaramy się sprawdzić Twoją tożsamość przed dniem wyborów za pomocą numeru DMV (numeru prawa jazdy lub numeru dowodu tożsamości) lub czterech ostatnich cyfr numeru ubezpieczenia społecznego, które wpiszesz w polu 9.

Jeśli nie posiadasz numeru DMV lub numeru ubezpieczenia społecznego, możesz użyć ważnego dokumentu tożsamości ze zdjęciem, aktualnego rachunku za media, wyciągu bankowego, czeku z wypłatą, czeku rządowego lub innego dokumentu rządowego, na którym widnieje Twoje imię i nazwisko oraz adres. Do formularza można dołączyć kopię jednego z tych dokumentów tożsamości.

Jeśli nie będziemy w stanie zweryfikować Twojej tożsamości przed dniem wyborów, zostaniesz poproszony o dowód tożsamości podczas pierwszego głosowania.

Aby wypełnić niniejszy formularz:

Uzyskanie fałszywej rejestracji lub dostarczenie fałszywych informacji do Komisji Wyborczej jest przestępstwem.

Rubryka 9: Musisz dokonać jednego wyboru. Pytania znajdują się w sekcji Weryfikacja tożsamości powyżej.

Rubryka 10: Jeśli nigdy wcześniej nie głosowałeś, wpisz „Nie dotyczy”. Jeśli nie pamiętasz, kiedy ostatnio głosowałeś, postaw znak zapytania (?). Jeśli głosowałeś wcześniej pod innym nazwiskiem, wpisz to nazwisko. Jeśli nie, wpisz „To samo nazwisko”.

Rubryka 11: Zaznacz tylko jedno pole. Zapisanie się do partii politycznej jest opcjonalne, ale aby zagłosować w prawyborach partii politycznej, wyborca musi zapisać się do tej partii politycznej, chyba że stanowe przepisy partyjne dopuszczają inną sytuację.
