

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

Это заявление предназначено только для получения негарантированной помощи по уходу за ребенком. Если вы хотите подать заявление на получение других государственных пособий, включая гарантированную помощь по уходу за ребенком, воспользуйтесь формой, [Заявление штата Нью-Йорк на получение определенных льгот и услуг, LDSS-2921](#). Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, вы можете обратиться в местный отдел социального обеспечения.

Ответьте на все вопросы, в которых не сказано «по желанию». Пишите разборчиво. Не пишите в затененных полях.

Расскажите нам о себе.

Полное имя (укажите имя и фамилию).			Др. имена:		
Адрес Улица:	Кв. №:	Город:	Штат:	Округ:	Почтовый индекс:
Почтовый адрес (если отличается от указанного выше) Улица:	Кв. №:	Город:	Штат:	Округ:	Почтовый индекс:
Номер телефона () -		Тип номер телефона <input type="checkbox"/> Мобильный телефон <input type="checkbox"/> Дом. телефон/телефонная линия <input type="checkbox"/> Рабочий телефон			
Электронная почта (по желанию)					
Как бы вы хотели, чтобы с вами связывались? (по желанию) <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Другое (уточните):					
Основной язык <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Другое (уточните):					
Семейное положение <input type="checkbox"/> Не замужем/не женат <input type="checkbox"/> Замужем/женат <input type="checkbox"/> Разведен/разведена <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова					

Получаете ли вы или взрослые, подающие заявление вместе с вами, какие-либо из перечисленных ниже льгот?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Программа помощи в оплате энергоресурсов для домашних хозяйств (HEAP) | <input type="checkbox"/> Программа Head Start/Early Head Start |
| <input type="checkbox"/> Продуктовые талоны Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) | <input type="checkbox"/> Программа «Женщины, младенцы и дети» (WIC) | <input type="checkbox"/> Денежная помощь от TANF |
| <input type="checkbox"/> Жилищные ваучеры или помощь | <input type="checkbox"/> Другие федеральные программы помощи, такие как помощь по программе дополнительного дохода (SSI) | <input type="checkbox"/> Ничего из вышеуказанного |

Расскажите нам о себе.

Относится ли что-нибудь из указанного к вам или взрослым, подающим заявление вместе с вами?

- **Бездомный?** (Нет постоянного, регулярного и адекватного места для ночлега) Да Нет
- Родитель находится на действительной службе (полный рабочий день) в **вооруженных силах США?** Да Нет
- Родитель является членом **Национальной гвардии** или **Резервного военного подразделения?** Да Нет
- Получаете или подаете заявку на получение другого финансирования по уходу за ребенком? Да Нет
 - Если «да», укажите название агентства: _____
- Причины необходимости ухода за ребёнком: _____

Расскажите нам обо всех, кто проживает в вашем домохозяйстве.

Ст.	Имя и фамилия	Дата рождения (мм-дд-гггг)	Пол (М/Ж/Х)	Кем является по отношению к вам	Гендерная идентичность по желанию (Опишите)	Номер социального страхования (SSN) <i>По желанию</i>	Введите Д (Да) или Н (Нет) для каждой расы* (по желанию)						Для КАЖДОГО РЕБЕНКА, нуждающегося в уходе, (отметьте «Да» или «Нет»)			
							Н	И	А	В	Р	W	Этому ребенку нужен уход? (Отметьте «Да» или «Нет»)	Является ли ребенок гражданином США или имеет необходимый иммиграционный статус?	Есть ли у ребенка особые потребности?	Живет ли в доме оба родителя?
1		/ /		СМ								<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
3		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
4		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
5		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
6		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
7		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
8		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
9		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
10		/ /										<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

* Коды расовой принадлежности: **Н** – Испаноязычный, **И** – Коренной американец или коренной житель Аляски, **А** – Азиат, **В** – Черный или афроамериканец, **Р** – Коренной житель Гавайев или тихоокеанских островов, **W** – белый

Если вам нужно больше места или есть дополнительная информация, которая, по вашему мнению может нам понадобиться, вы можете использовать дополнительные страницы.

Расскажите о родителях, которые не живут дома.

Перечислите всех детей, нуждающихся в уходе, чьи родители не живут дома.

Имена детей до 19 лет	Может ли отсутствующий родитель обеспечить уход?	Если нет, укажите причину.
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Расскажите нам о своей работе и других занятиях.

Вам нужен уход за ребенком, потому что вы работаете ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Вы собираетесь начать новую работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», дата начала: / /		Вы ищете работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
НАИМЕНОВАНИЕ/ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ		ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ЧАСОВ РАБОТЫ В НЕДЕЛЮ		Меняется ли ваш график от недели к неделе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
ТИПИЧНОЕ РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ – если ваше расписание меняется, укажите ваше расписание на прошлой неделе.	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА
У вас больше одной работы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, используйте дополнительные страницы, чтобы предоставить нам больше информации о вашей другой работе (работах).							

Вам нужен уход за ребенком, потому что вы проходите программу обучения для работы ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Вы собираетесь начать программу обучения для работы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», дата начала: / /					
НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ/УЧРЕЖДЕНИЯ		К-ВО ЧАСОВ ОБУЧЕНИЯ В НЕДЕЛЮ		Меняется ли ваш график от недели к неделе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
ТИПИЧНОЕ РАСПИСАНИЕ ОБУЧЕНИЯ – если ваше расписание меняется, укажите ваше расписание на прошлой неделе.	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА

Вам нужен уход за ребенком, потому что вы ходите в колледж/продолжаете обучение ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				Вы собираетесь начать ходить в колледж/продолжать обучение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», дата начала: / /			
НАЗВАНИЕ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ ИЛИ КОЛЛЕДЖА			К-ВО ЧАСОВ ОБУЧЕНИЯ В НЕДЕЛЮ		Меняется ли ваш график от недели к неделе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ТИПИЧНОЕ РАСПИСАНИЕ КЛАССОВ – если ваше расписание меняется, укажите ваше расписание на прошлой неделе.	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА

Расскажите нам о других взрослых, проживающих с вами, и об их занятиях.

Чья это информация о работе? (Отметьте одно) <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Другой родитель <input type="checkbox"/> Другой взрослый				У него больше одной работы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, используйте дополнительные страницы.			
Взрослый работает ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Взрослый собирается начать новую работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Дата начала: / /		Взрослый ищет работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
НАИМЕНОВАНИЕ/ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ			ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ЧАСОВ РАБОТЫ В НЕДЕЛЮ		Меняется ли график от недели к неделе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ТИПИЧНОЕ РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ – если расписание меняется, укажите расписание на прошлой неделе.	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА
Взрослый собирается начать программу обучения для работы ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				Взрослый собирается начать программу обучения для работы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», дата начала: / /			
НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ/УЧРЕЖДЕНИЯ			К-ВО ЧАСОВ ОБУЧЕНИЯ В НЕДЕЛЮ		Меняется ли график от недели к неделе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ТИПИЧНОЕ РАСПИСАНИЕ ОБУЧЕНИЯ – если расписание меняется, укажите расписание на прошлой неделе.	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА
Ходит ли взрослый в колледж/продолжает обучения ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				Взрослый собирается начать ходить в колледж/продолжать обучения ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «да», дата начала: / /			
НАЗВАНИЕ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ ИЛИ КОЛЛЕДЖА			К-ВО ЧАСОВ ОБУЧЕНИЯ В НЕДЕЛЮ		Меняется ли график от недели к неделе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ТИПИЧНОЕ РАСПИСАНИЕ ОБУЧЕНИЯ – если расписание меняется, укажите расписание на прошлой неделе.	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА

Расскажите нам о доходах вашей семьи.

Укажите, если вы или др., подающие заявление с вами, получает деньги из указанных ниже источников:	ДА	НЕТ	КТО?	СУММА БРУТТО	ПЕРИОД (неделя, месяц и т.д.)	КТО?	СУММА БРУТТО	ПЕРИОД (неделя, месяц и т.д.)
Доход от работы (включая заработную плату/оклад, сверхурочные, комиссионные, программы обучения, чаевые)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Чистый доход от самозанятости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Выплаты алиментов (полученные)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Алименты/супружеская поддержка (полученные)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Пособия по безработице, компенсация работникам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Пособия социального обеспечения (включая SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Пособия по инвалидности (шт. Нью-Йорк, Отдел по делам ветеранов, частные)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Доход от сдачи в аренду жилья (полученный)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Дивиденды/проценты – акции, облигации, сбережения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Пенсии/Аннуитеты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Гранты Public Assistance (PA), пособия Safety Net	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Другое (указать)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Согласие и подпись

Прочитайте условия, поставьте галочку и подпишите заявление. Подавая это заявление, я соглашаюсь с тем, что:

- Я хочу подать заявление на получение помощи по уходу за ребенком. Информация в данном заявлении является полной и точной, насколько мне известно.
- Получение помощи не повлияет на иммиграционный статус для меня или моей семьи. Иммиграционная информация является частной и конфиденциальной.
- Средства моей семьи не превышают \$1 000 000.

Я подтверждаю, что информация, предоставленная в настоящем заявлении, является достоверной и точной, насколько мне известно.

ВАША ПОДПИСЬ X	ПОЛНОЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА ПОДПИСАНИЯ / /
ПОДПИСЬ ДРУГОГО(ИХ) ВЗРОСЛОГО(ЫХ) X	ПОЛНОЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА ПОДПИСАНИЯ / /



Инструкция по заполнению и отправке формы регистрации избирателя

<p>«Если вы не зарегистрированы для голосования по месту жительства, хотите ли вы подать заявление на получение регистрации здесь и сегодня?»</p> <p><input type="checkbox"/> Если вы отметили «ДА», заполните ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ, приведенное ниже</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ, потому что я решил не регистрироваться ИЛИ</p> <p><input type="checkbox"/> Я уже зарегистрирован по текущему адресу ИЛИ</p> <p><input type="checkbox"/> Я попросил и получил по почте бланк регистрации.</p> <p>Если вы не поставите ни одной галочки, будет считаться, что вы решили не регистрироваться для голосования в данный момент.</p> <p>X _____ / / Подпись Дата</p> <p>_____ / / Полное имя (печатными буквами)</p>	<p>Важно!</p> <p>Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на объем помощи, которую вам окажет агентство.</p> <p>Если вам нужна помощь в заполнении заявления о регистрации избирателя, мы вам поможем. Решение об обращении за помощью или ее принятии остается за вами. Вы можете заполнить анкету в частном порядке.</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 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.</p> <p>যদি আপদি এই ফর্মটি ইংরেজীরেপপরেচািহরে 1-800-367-8683 িষরে পফাি করি</p>
--	--

ЗАЯВЛЕНИЕ О РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЯ (инструкции на обороте)

Мне нужно заявление на получение избирательного бюллетеня для заочного голосования **Напечатайте или напишите синими или черными чернилами** Да, я хотел бы быть сотрудником в день выборов

1	<p>Являетесь ли вы гражданином США?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>Если вы ответили «НЕТ», <u>не заполняйте</u> эту форму</p>	2	<p>А) Будет ли вам 18 лет в день выборов или до него? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>В) Вам не менее 16 лет, и вы понимаете, что для участия в голосовании вам должно исполниться 18 лет в день выборов или до них, и что до достижения вами восемнадцатилетнего возраста на момент проведения выборов ваша регистрация будет помечена как «процессе ожидания», и вы не сможете проголосовать ни на каких выборах? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>Если вы ответили НЕТ на оба предыдущих вопроса, вы не можете зарегистрироваться для голосования.</p>	Только для использования правлением		
3	Фамилия	Имя	Инициал отчества	Суффикс		
4	Адрес, где вы живете (не указывайте абонентский ящик)		Кв. №	Город/деревня	Почтовый индекс	Округ
5	Адрес, по которому вы получаете почту (если он отличается от указанного выше)		Почтовый ящик, Star Route и т.д.	Почтовый офис	Почтовый индекс	
6	Дата рождения	7	Пол (по желанию)	8	Телефон (по желанию)	Эл. почта (по желанию)
10	Последний год, когда вы голосовали	Ваш адрес был (укажите номер дома, улицу и город)		9	Идентификационный номер (отметьте соответствующее поле и укажите свой номер)	
	В округе/штате	Под именем (если отличается от вашего имени сейчас)			<input type="checkbox"/> Номер DMV штата Нью-Йорк <input type="checkbox"/> Последние четыре цифры вашего номера социального страхования <input type="checkbox"/> У меня нет номера DMV или номера социального страхования штата Нью-Йорк	
11	<p>Политическая партия</p> <p>Я хочу вступить в политическую партию</p> <p><input type="checkbox"/> Демократическая партия</p> <p><input type="checkbox"/> Республиканская партия</p> <p><input type="checkbox"/> Консервативная партия</p> <p><input type="checkbox"/> Партия рабочих семей</p> <p><input type="checkbox"/> Другое _____</p> <p>Я не хочу вступать ни в какую политическую партию и желаю быть независимым избирателем.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет партии</p>		12		<p>Аффидевит: Я клятвенно подтверждаю, что</p> <ul style="list-style-type: none"> Я являюсь гражданином Соединенных Штатов. Я буду проживать в округе, городе или деревне не менее 30 дней до выборов. Я выполняю все требования, чтобы зарегистрироваться для голосования в штате Нью-Йорк. Это моя подпись или отметка в строке ниже. Я понимаю, что если вышеуказанная информация не соответствует действительности, то я могу быть осужден и оштрафован на сумму до \$5000 и/или заключен в тюрьму на срок до четырех лет. <p>X _____ / / Подпись или отметка ручкой Дата</p>	

(По желанию) Зарегистрируйтесь, чтобы пожертвовать свои органы и ткани

Фамилия		
Имя	Инициал отчества	Суффикс
Адрес		
Дата рождения	Пол	
/ /	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Другое	
Цвет глаз	Рост	
	Футы: Дюймы:	
Электронная почта	Номер DMV или ID NYC	

Подписывая ниже, вы подтверждаете, что:

- Вам как минимум 16 лет;
- Вы согласны пожертвовать все свои органы и ткани для трансплантации, исследований или того и другого;
- Вы разрешаете избирательному совету предоставить ваше имя и идентификационную информацию в NYS Donate Life Registry для регистрации;
- И разрешаете регистрационной службе предоставить доступ к этой информации организациям по закупке органов, регулируемым федеральным законодательством, и лицензированным в штате Нью-Йорк банкам тканей и глаз, а также другим организациям, утвержденным комиссаром штата Нью-Йорк по здравоохранению, после вашей смерти.



Подпись

Дата

Условия для регистрации

Вы можете использовать этот бланк, чтобы:

- зарегистрироваться для голосования в штате Нью-Йорк;
- изменить свое имя и/или адрес, если они изменились с момента вашего последнего голосования;
- вступить в политическую партию или изменить свою принадлежность к ней;
- предварительно зарегистрироваться для голосования, если вам исполнилось 16 или 17 лет.

Чтобы зарегистрироваться, вам необходимо:

- быть гражданином США;
- достигнуть 18 лет (вы можете предварительно зарегистрироваться в 16 или 17 лет, но не сможете голосовать до 18 лет);
- быть жителем округа или города Нью-Йорка не менее чем за 30 дней до выборов;
- не находиться в тюрьме по обвинению в тяжком преступлении;
- не претендовать на право голоса в другом месте; и
- не быть признанным судом недееспособным.

Важно!

Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации для участия в голосовании, ваше право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации для участия в голосовании, или ваше право на выбор политической партии или других политических предпочтений, вы можете подать жалобу:

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

Телефон: **1-800-469-6872**;

Пользователи TDD/TTY могут воспользоваться ретранслятором штата Нью-Йорк (номер 711) или посетить наш веб-сайт – www.elections.ny.gov

Ваше решение о регистрации останется конфиденциальным и будет использовано только в целях регистрации избирателей. Информация о лицах, решивших не регистрироваться для участия в голосовании, а также информация об офисе, в который было подано заявление, останется конфиденциальной и будет использоваться только в целях регистрации избирателей.

Проверка вашей личности

Мы попытаемся проверить вашу личность до дня выборов по номеру DMV (номеру водительских прав или удостоверения личности водителя) или по последним четырем цифрам вашего номера социального страхования, которые вы заполните в графе 9.

Если у вас нет номера DMV или номера социального страхования, вы можете использовать действительное удостоверение личности с фотографией, текущий счет за коммунальные услуги, банковскую выписку, платежный чек, государственный чек или другой государственный документ, в котором указаны ваше имя и адрес. Вы можете приложить к этой форме копию одного из этих видов удостоверения личности.

Если мы не сможем подтвердить вашу личность до дня выборов, вас попросят предъявить удостоверение личности, когда вы будете голосовать в первый раз.

Для заполнения этого бланка:

Фальсификация регистрации или предоставление ложной информации в Избирательный совет является преступлением.

Поле 9: Вам необходимо сделать один выбор. Вопросы см. в разделе «Проверка вашей личности» выше.

Поле 10: Если вы никогда раньше не голосовали, напишите «Нет». Если вы не можете вспомнить, когда голосовали в последний раз, поставьте знак вопроса (?). Если вы голосовали раньше под другим именем, укажите это имя. Если нет, напишите «То же самое».

Поле 11: Отметьте только один пункт. Регистрация в политической партии является необязательной, но для того, чтобы проголосовать на первичных выборах политической партии, избиратель должен зарегистрироваться в этой политической партии, если правила партии штата не разрешают иное.
