

紐約州
兒童和家庭服務辦公室
托兒費補助申請表

此申請表僅供您申請無保障托兒費補助。如果您想申請其他州福利，包括有保障托兒費補助，請使用[紐約州特定福利和服務申請表 LDSS-2921](#)。如果您有任何問題或需要幫助，可以與當地的社會服務部聯絡。

請回答所有未註明選填的問題。請清晰填寫。請勿在陰影區域填寫內容。

請介紹一下您自己。

全名 (請包括名字和姓氏。)				別名：		
街道地址 街道：	公寓號/樓層：	城市：	州：	縣：	郵遞區號：	
郵寄地址 (如果不同) 街道：	公寓號/樓層：	城市：	州：	縣：	郵遞區號：	
電話號碼 () -	電話號碼類型 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 家庭電話/座機 <input type="checkbox"/> 工作電話					
電子郵箱 (此項為選填。)						

您希望我們透過何種方式聯絡您？ (此項為選填。)

電話 電子郵箱 其他 (請告訴我們。):

主要語言

英語 西班牙語 其他 (請告訴我們。):

婚姻狀況

單身 已婚 離異 分居 喪偶

您或與您一起申請的任何成年人是否領取以下任何福利？

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> 家庭能源援助計劃(HEAP) | <input type="checkbox"/> 啟蒙計劃/早期啟蒙計劃 |
| <input type="checkbox"/> 營養補充援助計劃(SNAP) | <input type="checkbox"/> 婦幼與嬰兒計劃(WIC) | <input type="checkbox"/> TANF 的現金援助 |
| <input type="checkbox"/> 住房券或援助 | <input type="checkbox"/> 其他聯邦援助計劃，如補充保障收入(SSI) | <input type="checkbox"/> 以上都不是。 |

請介紹一下您的家庭情況。

以下是否適用於您或與您一起申請的任何成年人？

- 無家可歸？（晚上沒有固定、正規和合乎需要的住宿場所） 是 否
- 父/母是美國軍隊現役軍人（全職）？ 是 否
- 父/母是國民警衛隊或後備隊成員？ 是 否
- 正在領取或申請其他托兒資助？ 是 否
 - 如果是，請告訴我們機構名稱： _____
- 需要托兒服務的原因： _____

請介紹一下您的家庭成員情況。

L N	名字和姓氏	出生日期 (年-月-日)	性別 (男/女 /X)	與您的關係	性別認同 此項為選填。 (請描述。)	社保號 (SSN) 選填	在每一個種族*選項下填入 Y (是) 或 N (否) (選 填)						對於每一名需要托兒服務的兒童，(勾選 「是」或「否」)			
							H	I	A	B	P	星期三	該兒童是否 需要托兒 服務？ (勾選 「是」或 「否」)	該兒童是否是 美國公民/國民 或擁有合格的 移民身份？	該兒童是否 有特殊需 求？	父母雙方 是否都住 在家裡？
1		/ /		本人								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10		/ /										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

*種族歸屬代碼：H——拉美裔美國人，I——美洲原住民或阿拉斯加原住民，A——亞裔，B——黑人或非洲裔美國人，P——夏威夷原住民或太平洋島民，W——白人

如果空間不足或您認為還需要提供一些我們可能需要的資訊，可以加頁填寫。

請介紹一下不住在家裡的父母的情況。

列出所有需要托兒服務且父/母不住在家裡的兒童。

19 歲以下兒童的姓名	不同住的父/母是否可以提供照顧？	如果否，請說明理由。
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

請介紹一下您的工作和其他活動。

您需要托兒服務是否是因為您需要工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您是否打算開始新工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，開始日期： / /		您是否在找工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
雇主姓名或名稱			每週工作總時數		您的時間表是否每週都有變化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
平時工作時間表——如果您的時間表會變化，請輸入上週的時間表。	星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
您是否有一份以上的工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請加頁向我們提供有關您的其他工作的更多資訊。							

您需要托兒服務是否是因為您參加了工作訓練計劃？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			您是否將開始工作訓練計劃？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，開始日期： / /				
訓練計劃名稱/場所			每週訓練總時數		您的時間表是否每週都有變化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
平時訓練時間表——如果您的時間表會變化，請輸入上週的時間表。	星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六

您需要托兒服務是否是因為您要上大學/上課？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			您是否將開始上大學/上課？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，開始日期： / /				
學校或學院名稱			每週總課時		您的時間表是否每週都有變化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
平時上課時間表——如果您的時間表會變化，請輸入上週的時間表。	星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六

請介紹一下其他和您一起申請的成年人以及他們的活動。

這是誰的工作資訊？(請勾選一項。) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 另一方父/母 <input type="checkbox"/> 其他成年人				他們是否有一份以上的工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請加頁填寫。				
該成年人是否需要工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		該成年人是否打算開始新工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 開始日期： / /			該成年人是否在找工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
雇主姓名或名稱			每週工作總時數		時間表是否每週都有變化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
平時工作時間表——如果時間表會變化，請輸入上週的時間表。		星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
該成人是否參加了工作訓練計劃？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				該成年人是否將開始工作訓練計劃？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，開始日期： / /				
訓練計劃名稱/場所			每週訓練總時數		時間表是否每週都有變化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
平時訓練時間表——如果時間表會變化，請輸入上週的時間表。		星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
該成年人是否要上大學/上課？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				該成人是否將開始上大學/上課？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，開始日期： / /				
學校或學院名稱			每週總課時		時間表是否每週都有變化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
平時上課時間表——如果時間表會變化，請輸入上週的時間表。		星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六

請介紹一下您的家庭收入。

如果您或與您一起申請的任何人收到了來自以下任何一方的資金，請告知我們：	是	否	誰？	總金額	期限(週、月等。)	誰？	總金額	期限(週、月等。)
工作收入(包括薪資/薪水、加班費、佣金、訓練計劃、小費)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
自營職業淨收入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
子女撫養費(已收到)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
生活費/配偶扶養費(已收到)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
失業金，工傷賠償。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
社會保險福利(包括 SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
殘疾福利(紐約州、退伍軍人事務部、私人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
租金/寄宿生/房客收入(已收到)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
股息/利息——股票、債券、儲蓄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
退休金/年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
公共援助(PA)補助金，安全網福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
其他(請具體說明。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

同意書和簽名

請閱讀條款，勾選方塊，並在申請表上簽名。提交此申請表即代表我同意：

- 我希望申請托兒費補助。我已據實填寫此申請表，就我所知，本申請表中的資訊均完整準確。
- 獲得該補助不會影響我或我家人的移民身份。移民資訊屬於隱私和機密。
- 我的家庭資源不超過\$1,000,000。

我證明，據我所知，我在此申請表中提供的資訊均完整準確。

您的簽名 X	工整填寫姓名	簽署日期 / /
其他成年人簽名 X	工整填寫姓名	簽署日期 / /



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 আপদি এই ফরটিম ইংরেজী রেপপরেচাি োহরে **1-800-367-8683** িষরে পফাি করকি

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.

紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地區登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

- 是** 如果您勾選**是**，請填寫以下**選民登記申請表**
- 否**，因為本人決定不登記，或
- 本人已在目前居住地區登記或
- 本人已索取並收到郵寄登記表

如果您不勾選任何一項，則被視為已決定這次不登記投票。

簽名 _____ 日期 _____ / _____ / _____

請以正楷填寫姓名

重要資訊！

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。

如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，我們很樂意協助您。您可以全權決定是否尋求或接受協助。您也可以私下填寫申請表。

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 পেত চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

2021年05月04日發行

選民登記申請表 (說明請參閱背面)

是，我需要申請缺席投票

請以藍色或黑色墨水填寫或打印

是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

1	您是否為美國公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答否，請勿填寫本表		2	A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		For Board Use Only
	B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會標記為「待定」，且無法在任何選舉中投票？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
3	姓氏	名字	中間名首字母縮寫	後置稱謂		
4	現居地址 (請勿填寫郵政信箱)		公寓號碼	市/鎮/村	郵遞區號	郡
5	收件地址 (若與上列不同)		郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等		郵局	郵遞區號
6	出生日期	7	性別 (選填)	8	電話 (選填)	電子郵件 (選填)
10	上次投票的年份	當時的地址為 (請提供門牌號碼、街道及城市名)		9	身分證件號碼 (請勾選適合的方塊並填寫號碼)	
	所在郡州	當時使用的姓名 (若與目前姓名不同)			<input type="checkbox"/> 紐約州 DMV 號碼 _____	<input type="checkbox"/> 社會安全號碼的最後四位數字 _____
11	政黨 本人希望加入政黨		12		宣誓書：本人發誓或證明	
	<input type="checkbox"/> 民主黨	<input type="checkbox"/> 共和黨			<input type="checkbox"/> 保守黨	<input type="checkbox"/> 勞動家庭黨
	我不想登記加入任何政黨，希望成為獨立選民				簽名或畫押 _____ 日期 _____ / _____ / _____	
	<input type="checkbox"/> 無政黨					

(選填) 登記捐贈您的身體器官和組織

姓氏		
名字	中間名首字母縮寫	後置稱謂
地址		
公寓號碼	市/鎮/村	郵遞區號
出生日期	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
眼睛顏色	身高	呎 吋
電子郵件	DMV 或 ID NYC 號碼	

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 16 歲 (含)
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及紐約州衛生署署長核准的其他醫院開放此資訊。



簽名 _____ 日期 _____ / _____ / _____

登記資格

此表格可用於：

- 在紐約州登記投票；
- 變更姓名和/或地址（如果這些資訊在您上次投票之後有所變更）；
- 加入政黨或變更登記；
- 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）。

您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
- 在選舉當日之前居住於該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄；
- 未在其他地方主張投票權；且
- 未被法院認定無行為能力。

重要資訊！

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或申請登記投票的隱私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
電話：1-800-469-6872；
TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；
或造訪網站 - www.elections.ny.gov

您的登記決定屬保密資訊，僅會用於選民登記。未選擇登記投票者和/或與申請人將申請表繳交至哪一個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

查證身分

我們會盡可能在選舉日之前，根據您在第 9 欄中填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字，查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

填表說明：

虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。

第 9 欄：您必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號 (?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

第 11 欄：只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。