

نیویارک اسٹیٹ
آفس آف چلڈرن اینڈ فیملی سروسز
چائلڈ کیئر میں معاونت کے لیے درخواست

یہ درخواست آپ کے لیے ہے، جسے آپ صرف بغیر گارنٹی چائلڈ کیئر کی امداد کے لیے استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ گارنٹی شدہ چائلڈ کیئر امداد سمیت دیگر ریاستی مراعات کے لیے درخواست دینا چاہتے ہوں، تو براہ کرم نیویارک اسٹیٹ کی درخواست پر اپنے ضمانت شدہ مراعات اور خدمات کا فارم یعنی **LDSS-2921** استعمال کریں۔ اگر آپ کو کوئی سوالات ہوں یا مدد کی ضرورت ہو، تو آپ اپنے مقامی ڈیپارٹمنٹ آف سوشل سروسز سے بات کر سکتے ہیں۔
براہ کرم ان تمام سوالات کے جوابات دیں، جن کے ساتھ اختیاری نہیں لکھا ہوا۔ براہ کرم صاف لکھیں۔ براہ کرم سایہ دار جگہوں پر نہ لکھیں۔

ہمیں اپنے بارے میں کچھ بتائیں۔

| | | | |
|---|---|-----------|--------|
| پورا نام (براہ کرم اپنا پہلا اور آخری نام شامل کریں۔) | | عرفی نام: | |
| اسٹریٹ کا پتہ اسٹریٹ: | اپارٹمنٹ نمبر/فلٹ | شہر: | ریاست: |
| ڈاک کا پتہ (اگر مختلف ہو) اسٹریٹ: | اپارٹمنٹ نمبر/فلٹ | شہر: | ریاست: |
| فون نمبر () - | فون نمبر کی قسم <input type="checkbox"/> سیل فون <input type="checkbox"/> گھر کا فون/لینڈ لائن <input type="checkbox"/> کام کا فون | | |
| ای میل (بہ اختیاری ہے)۔ | | | |

| | |
|---|--------------------------------------|
| آپ سے رابطہ کیسے کیا جائے؟ (بہ اختیاری ہے)۔ | |
| <input type="checkbox"/> فون | <input type="checkbox"/> ای میل |
| دیگر (براہ کرم ہمیں بتائیں): | |
| بنیادی زبان | |
| <input type="checkbox"/> انگریزی | <input type="checkbox"/> ہسپانوی |
| دیگر (براہ کرم ہمیں بتائیں): | |
| ازدواجی حیثیت | |
| <input type="checkbox"/> سنگل | <input type="checkbox"/> شادی شدہ |
| <input type="checkbox"/> طلاق یافتہ | <input type="checkbox"/> علیحدگی شدہ |
| <input type="checkbox"/> بیوہ/رٹوہ | |

کیا آپ یا آپ کے ساتھ درخواست دینے والے دیگر بالغ افراد کو درج ذیل مراعات میں سے کوئی حاصل ہوتی ہیں؟

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> ہوم انرجی اسسٹنس پروگرام (HEAP) | <input type="checkbox"/> ہیڈ سٹارٹ/ابتدائی ہیڈ سٹارٹ |
| <input type="checkbox"/> سپلیمنٹل نیوٹریشن اسسٹنس پروگرام (SNAP) | <input type="checkbox"/> ویمن انفینٹس اینڈ چلڈرن پروگرام (WIC) | <input type="checkbox"/> TANF کی جانب سے نقد مالی امداد |
| <input type="checkbox"/> ہاؤسنگ واؤچرز یا امداد | <input type="checkbox"/> دیگر وفاقی امدادی پروگرام مثلاً سپلیمنٹل سیکورٹی انکم (SSI) | <input type="checkbox"/> ان میں سے کوئی نہیں۔ |

ہمیں اپنے گھر کے حالات کے بارے میں کچھ بتائیں۔

کیا درج ذیل میں سے کوئی بات آپ پر لاگو ہوتی ہے یا آپ کے ساتھ درخواست دینے والے کسی دوسرے بالغ فرد پر؟

- ہاں نہیں ہاں نہیں
- ہاں نہیں ہاں نہیں
- ہاں نہیں ہاں نہیں
- ہاں نہیں ہاں نہیں

• **بے گھر ہیں؟** (رات کو ٹھہرنے کے لیے کوئی مقررہ، باقاعدہ اور مناسب جگہ دستیاب نہیں ہے)

• والدین میں سے کوئی ایک **U.S ملٹری** میں کام کرتا ہے (کل وقتی بنیادوں پر)

• والدین میں سے کوئی ایک **نیشنل گارڈ** یا **ملٹری ریزرو یونٹ** میں کام کرتا ہے؟

• بچوں کی دیکھ بھال کی دیگر کوئی فنڈنگ حاصل کرتے ہیں یا درخواست دی ہوئی ہے؟

○ اگر ہاں، تو براہ کرم ہمیں ایجنسی کا نام بتائیں:

• وہ وجہ (وجوہات) جس کی بنیاد پر چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے:

اپنے گھر میں موجود ہر فرد کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

| LN | پہلا نام اور آخری نام | تاریخ پیدائش (مہینہ-دن-سال) | جنس (مرد/عورت) (X/رت) | آپ سے رشتہ | جنسی شناخت یہ اختیاری ہے۔ (براہ کرم وضاحت کریں۔) | سوشل سیکورٹی نمبر (SSN) اختیاری | بر نسل کے لیے Y (ہاں) یا N (نہیں) درج کریں* (اختیاری) | | | | | | بر اس بچے کے لیے جسے چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے (ہاں یا نہیں کو نشان زدہ کریں) | | |
|----|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------|---|--|--|---|---|---|---|-------------|--|--|--|
| | | | | | | | W | P | B | A | I | H | کیا اس بچے کو چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے؟ (ہاں یا نہیں کو نشان زدہ کریں) | کیا بچہ امریکی شہریت/قومیت کا حامل ہے یا امیگریشن کی تسلی بخش حیثیت رکھتا ہے؟ | کیا اس بچے کی کوئی خصوصی ضروریات ہیں؟ |
| 1 | | / / | | خود | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 2 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 3 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 4 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 5 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 6 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 7 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 8 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 9 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |
| 10 | | / / | | | | | | | | | | ہاں نہیں | ہاں نہیں | ہاں نہیں | |

نسلی وابستگی کے کوڈ: H – ہسپانوی، I – آبائی امریکی یا الاسکا کے آبائی، A – ایشیائی B – سیاہ فام یا افریقی امریکی P – بوائے کے آبائی یا ہسپانک آئی لینڈر W – سفید فام

اگر آپ کو مزید گنجائش کی ضرورت ہو یا اگر آپ کے پاس مزید ایسی معلومات موجود جو آپ کے خیال میں ہمیں درکار ہو سکتی ہے، تو آپ اضافی صفحات بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

ہمیں اس والد/والدہ کے بارے میں بتائیں جو گھر میں نہیں رہتا/رہتی۔

ان تمام بچوں کی فہرست بنائیں جنہیں چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے اور جن کے والد/والدہ گھر میں نہیں رہتے۔

| 19 سال سے کم عمر بچوں کے نام | کیا پاس نہ رہنے والا والد/والدہ دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے دستیاب ہے؟ | اگر نہیں، تو وجہ بتائیں۔ |
|------------------------------|---|--------------------------|
| | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | |
| | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | |
| | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | |
| | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | |
| | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | |

ہمیں اپنی ملازمت اور دیگر سرگرمیوں کے بارے میں کچھ بتائیں۔

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|
| کیا آپ کو اس لیے چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے، کیونکہ آپ کام کر رہے ہیں؟ | | | | | | | کیا آپ نئی ملازمت شروع کرنے والے ہیں؟ | | | | | | | کیا آپ کام کی تلاش میں ہیں؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آجر کا نام | | | | | | | فی ہفتہ کام کرنے کے ٹوٹل گھنٹے | | | | | | | کیا آپ کا شیڈول ہر ہفتے تبدیل ہو جاتا ہے؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اتوار | | | | | | | پیر | | | | | | | منگل | | | | | | | بدھ | | | | | | | جمعرات | | | | | | | جمعہ | | | | | | | ہفتہ | | | | | | |
| کام کا عمومی شیڈول - اگر آپ کا شیڈول تبدیل ہوتا رہتا ہے، تو اپنے پچھلے ہفتے کا شیڈول درج کریں۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| کیا آپ ایک سے زیادہ ملازمتیں کرتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> اگر ہاں، تو براہ کرم اپنی دوسری ملازمت (ملازمتوں) کے بارے میں بتانے کے لیے فالتو صفحات استعمال کریں۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|
| کیا آپ کو اس لیے چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے، کیونکہ آپ کام کے لیے درکار کسی ٹریننگ پروگرام میں ہیں؟ | | | | | | | کیا آپ اپنے کام کے لیے کوئی ٹریننگ پروگرام شروع کرنے والے ہیں؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ٹریننگ پروگرام کا نام/مقام | | | | | | | فی ہفتہ ٹریننگ کے ٹوٹل گھنٹے | | | | | | | کیا آپ کا شیڈول ہر ہفتے تبدیل ہو جاتا ہے؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اتوار | | | | | | | پیر | | | | | | | منگل | | | | | | | بدھ | | | | | | | جمعرات | | | | | | | جمعہ | | | | | | | ہفتہ | | | | | | |
| ٹریننگ کا عمومی شیڈول - اگر آپ کا شیڈول تبدیل ہوتا رہتا ہے، تو اپنے پچھلے ہفتے کا شیڈول درج کریں۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|
| کیا آپ کو اس لیے چائلڈ کیئر کی ضرورت ہے، کیونکہ آپ کالج جا رہے ہیں/کلاسیں لے رہے ہیں؟ | | | | | | | کیا آپ کالج/کلاسیں شروع کرنے والے ہیں؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسکول یا کالج کا نام | | | | | | | فی ہفتہ کلاسوں کے ٹوٹل گھنٹے | | | | | | | کیا آپ کا شیڈول ہر ہفتے تبدیل ہو جاتا ہے؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اتوار | | | | | | | پیر | | | | | | | منگل | | | | | | | بدھ | | | | | | | جمعرات | | | | | | | جمعہ | | | | | | | ہفتہ | | | | | | |
| کلاس کا عمومی شیڈول - اگر آپ کا شیڈول تبدیل ہوتا رہتا ہے، تو اپنے پچھلے ہفتے کا شیڈول درج کریں۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

آپ کے ساتھ درخواست دینے والے دوسرے بالغ (بالغین) اور ان کی سرگرمیوں کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|
| یہ کس کی ملازمت کی معلومات ہے؟ (ایک پر نشان لگائیں) | | | | | | | شریک حیات | | | | | | | والد یا والدہ | | | | | | | دیگر بالغ فرد | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آجر کا نام | | | | | | | فی ہفتہ کام کرنے کے ٹوٹل گھنٹے | | | | | | | کیا شیڈول ہر ہفتے تبدیل ہو جاتا ہے؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اتوار | | | | | | | پیر | | | | | | | منگل | | | | | | | بدھ | | | | | | | جمعرات | | | | | | | جمعہ | | | | | | | ہفتہ | | | | | | |
| کام کا عمومی شیڈول - اگر شیڈول تبدیل ہوتا ہے، تو پچھلے ہفتے کا شیڈول درج کریں۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ٹریننگ پروگرام کا نام/مقام | | | | | | | فی ہفتہ ٹریننگ کے ٹوٹل گھنٹے | | | | | | | کیا شیڈول ہر ہفتے تبدیل ہو جاتا ہے؟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اتوار | | | | | | | پیر | | | | | | | منگل | | | | | | | بدھ | | | | | | | جمعرات | | | | | | | جمعہ | | | | | | | ہفتہ | | | | | | |
| ٹریننگ کا عمومی شیڈول - اگر شیڈول تبدیل ہوتا رہتا ہے، تو پچھلے ہفتے کا شیڈول درج کریں۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| کیا یہ بالغ فرد کالج جاتا ہے/کلاسیں لیتا ہے؟ | | کیا یہ بالغ فرد کالج جانے/کلاسیں لینے کا آغاز کرنے والا ہے؟ | |
| <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں | | <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں، اگر ہاں، تو آغاز کی تاریخ: / / | |
| اسکول یا کالج کا نام | | فی ہفتہ کلاسوں کے ٹوٹل گھنٹے | |
| کلاس کا عمومی شیڈول - اگر شیڈول تبدیل ہوتا رہتا ہے، تو پچھلے ہفتے کا شیڈول درج کریں۔ | | منگل | |
| اتوار | | پیر | |
| جمعہ | | جمعرات | |
| ہفتہ | | جمعہ | |

ہمیں اپنے گھرانے کی آمدنی کے بارے میں بتائیں۔

| مدت (ہفتہ، مہینہ وغیرہ) | مجموعی رقم | کون؟ | مدت (ہفتہ، مہینہ وغیرہ) | مجموعی رقم | کون؟ | ہاں | نہیں | ہمیں بتائیں کہ کیا آپ یا آپ کے ساتھ درخواست دینے والا کوئی بھی شخص مندرجہ ذیل میں سے کسی سے رقم وصول کرتا ہے: |
|-------------------------|------------|------|-------------------------|------------|------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کام سے آمدنی (بشمول اجرت/تنخواہ، اور ٹائم، کمیشن، ٹریننگ پروگرام، ٹیپس) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ذاتی روزگار سے خالص آمدنی |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں (وصول شدہ) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نان نفقہ/زوجیت کی امداد (وصول شدہ) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بے روزگاری کی انشورنس کی مراعات، ورکرز کمپ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | سوشل سیکورٹی بینیفٹس (بشمول SSI) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | معذوری کے بینیفٹس (نیویارک اسٹیٹ، ویٹرنز افیئرز، پرائیویٹ) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ریٹیل/پورٹر/لاجر کی آمدنی (وصول شدہ) |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | منافع / سود - اسٹاک، بانڈز، بچت |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | پنشن/سالانہ رقم |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | پبلک اسسٹنس (PA) گرانٹ، سیفٹی نیٹ بینیفٹس |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دیگر (براہ کرم وضاحت کریں۔) |

رضامندیاں اور دستخط

| | |
|---|-------------------|
| براہ کرم شرائط پڑھیں، باکس کو نشان زد کریں اور درخواست پر دستخط کریں۔ اس درخواست کو جمع کروا کر، میں درج ذیل سے اتفاق کرتا ہوں: | |
| <ul style="list-style-type: none"> میں چائلڈ کیئر امداد کے لیے درخواست دینا چاہتا ہوں۔ میں نے اس درخواست کو دیانتداری سے مکمل کیا ہے اور یہ میرے بہترین علم کے مطابق مکمل کی گئی ہے۔ امداد حاصل کرنا میری یا میرے خاندان کی امیگریشن کی حیثیت کو متاثر نہیں کرے گا۔ امیگریشن کی معلومات نجی اور خفیہ ہوتی ہیں۔ میرے خاندانی وسائل \$1,000,000 سے زیادہ نہیں ہیں۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اس درخواست پر جو معلومات فراہم کی ہیں وہ میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ | |
| آپ کے دستخط | نام واضح حروف میں |
| X | / / |
| دوسرے بالغ فرد (افراد) کے دستخط | نام واضح حروف میں |
| X | / / |

NYS ایجنسی بیسڈ ووٹر رجسٹریشن فارم



"آپ جہاں رہتے ہیں اگر وہاں پر آپ ووٹ دینے کے لیے رجسٹرڈ نہیں ہیں، تو کیا آپ آج ہی یہاں پر رجسٹر ہونے کے لیے درخواست دینا چاہیں گے؟"

ہاں اگر آپ نے ہاں پر نشان لگا دیا ہے، تو براہ کرم ذیل میں ووٹر رجسٹریشن کی درخواست مکمل کریں۔

نہیں کیونکہ میں رجسٹر نہ کروانے کا انتخاب کرتا ہوں یا میں پہلے ہی اپنے موجودہ پتے پر رجسٹرڈ ہوں یا میں نے ایک میل رجسٹریشن فارم مانگا ہے اور وصول کر لیا ہے۔

X

دستخط _____

تاریخ _____

براہ کرم صاف حروف میں نام لکھیں

اہم!

ووٹ کے لیے رجسٹر ہونے کی درخواست دینے یا رجسٹر ہونے سے انکار کرنے پر آپ کو اس ایجنسی کی جانب سے فراہم کی جانے والی امداد کی مقدار میں کوئی فرق نہیں پڑے گا۔

اگر ووٹر رجسٹریشن درخواست کو مکمل کرنے میں آپ کو مدد درکار ہو، تو ہم آپ کی مدد کریں گے۔ مدد تلاش یا قبول کرنے کا فیصلہ آپ کا اپنا ہے۔ آپ درخواست فارم خود اکیلے بھی بھر سکتے ہیں۔

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 ফরমটি ইংরেজীরেপপরেচারে 1-800-367-8683

িষরে পফাি করি

ووٹر رجسٹریشن درخواست (بدايات سپاہ حروف میں دی گئی ہیں)

مجھے غیر حاضر بیٹ کے لیے درخواست کی ضرورت ہے براہ کرم نیلی یا کالی سپاہی سے لکھیں یا ٹائپ کریں ہاں، میں الیکشن ڈے ورکر بننا چاہتا ہوں

| | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | کیا آپ ایک امریکی شہری ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر آپ کا جواب نہیں ہے، تو اس فارم کو مکمل نیکیں | 2 | (A) کیا الیکشن کے دن پر یا اس سے پہلے آپ کی عمر 18 سال یا اس سے زیادہ ہو جائے گی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں (B) کیا آپ کی عمر موجودہ طور پر کم از کم 16 سال ہے اور آپ کے خیال میں ووٹ ڈالنے والے دن یا اس سے پہلے ہی آپ کی عمر 18 سال ہو جائے گی اور کیا آپ یہ بھی سمجھتے ہیں کہ جب تک آپ کی عمر پورے اٹھارہ سال نہیں ہو جاتی، آپ کسی بھی الیکشن میں ووٹ نہیں ڈال سکتے اور تب تک آپ کی رجسٹریشن کو "زیر التواء" کے طور پر نشان زد کیا جائے گا اور عمر کی حد پوری ہونے تک آپ کسی بھی الیکشن میں ووٹ ڈالنے کے لیے اہل نہیں ہوں گے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر آپ کا جواب پہلے دونوں سوالات کے لیے نہیں ہے، تو آپ ووٹ نہیں ڈال سکتے گے۔ |
| 3 | آخری نام | 3 | پہلا نام |
| 4 | آپ کی رہائش کا پتہ (پی او باکس کا پتہ نہ دیں) | 4 | اپارٹمنٹ نمبر |
| 5 | آپ کا ڈاک کا پتہ (اگر مندرجہ بالا سے مختلف ہو) | 5 | پی او باکس، اسٹار روٹ، وغیرہ |
| 6 | تاریخ پیدائش | 6 | جنس (اختیاری) |
| 7 | 8 | 8 | ٹیلیفون (اختیاری) |
| 9 | پچھلے سال آپ نے جو ووٹ دیا تھا | 9 | آپ کا پتہ کیا تھا (مکان نمبر، گلی اور شہر کا پتہ دیں) |
| 10 | کاؤنٹی/ریاست میں | 10 | بنام (اگر یہ آپ کے موجودہ نام سے مختلف ہو) |
| 11 | سیاسی جماعت میں سیاسی جماعت میں اندراج کروانا چاہتا ہوں <input type="checkbox"/> ڈیموکریٹک پارٹی <input type="checkbox"/> ریپبلکن پارٹی <input type="checkbox"/> کنزرویٹو پارٹی <input type="checkbox"/> ورکنگ فیملیز پارٹی <input type="checkbox"/> دیگر _____ میں کسی بھی سیاسی جماعت میں اندراج نہیں کروانا چاہتا اور ایک آزاد ووٹر بننا چاہتا ہوں۔ <input type="checkbox"/> کوئی پارٹی نہیں | 12 | حلف نامہ: میں حلفیہ بیان دیتا ہوں یا اقرار کرتا ہوں کہ • میں امریکہ کا شہری ہوں۔ • میں الیکشن سے کم از کم 30 دن پہلے اس کاؤنٹی، شہر یا گاؤں میں رہوں گا۔ • میں نیو یارک اسٹیٹ میں ووٹ دینے کے لیے اندراج کی تمام شرائط کو پورا کروں گا۔ • نیچے کی سطر پر میرا اپنا دستخط یا نشان موجود ہے۔ • مندرجہ بالا معلومات درست ہیں، میں سمجھتا ہوں کہ اگر یہ درست نہ ہوں، تو مجھے سزا اور \$5,000 تک کا جرمانہ اور/یا چار سال تک کی قید ہو سکتی ہے۔ X سپاہی کے ساتھ دستخط یا نشان _____ تاریخ _____ |

(اختیاری) اپنے اعضاء اور تشوز کا عطیہ دینے کے لیے رجسٹر کریں

نیچے دستخط کر کے، آپ تصدیق کرتے ہیں کہ:



- آپ کی عمر 16 سال یا زیادہ ہے
- آپ ٹرانسپلینٹیشن، تحقیق یا دونوں مقاصد کے لیے اپنے تمام اعضاء اور تشوز عطیہ کرنے کی رضامندی دیتے ہیں؟
- آپ اندراج کے لیے NYS ڈونر لائف رجسٹری کو اپنا نام اور شناختی معلومات فراہم کرنے کے لیے بورڈ آف الیکشنز کو اختیار دیتے ہیں؟
- اور آپ رجسٹری کو اس معلومات تک رسائی کی اجازت دینے کے لیے وفاقی طور پر ریگولیشن آرگن پروکیورمنٹ آرگنائزیشنز اور NYS کے لائسنس یافتہ تشو اور آئی بینکوں اور آپ کی موت پر NYS کمشنر آف ہیلتھ باسٹلز کی طرف سے منظور شدہ دیگر اداروں کو، اجازت دینے کا اختیار دیتے ہیں۔

| | |
|---------------|-----------------------|
| آخری نام | _____ |
| پہلا نام | _____ |
| پتہ | _____ |
| تاریخ پیدائش | _____ / _____ / _____ |
| آنکھوں کا رنگ | _____ |
| ای میل | _____ |

/ /

تاریخ

دستخط

رجسٹریشن کے لیے اہلیتیں

آپ اس فارم کا استعمال درج ذیل کے لیے کر سکتے ہیں:

اگر آپ سمجھتے ہوں کہ ووٹ کے لیے رجسٹر ہونے یا اس سے انکار کرنے، ووٹ کے لیے رجسٹر ہونے یا اس سے انکار کرنے کے آپ کے فیصلے کو رازداری میں رکھنے کے آپ کے حق، اپنی مرضی کی سیاسی جماعت کے انتخاب کے حق یا آپ کی دیگر کسی بھی قسم کی سیاسی ترجیحات میں اگر کوئی مداخلت کرتا ہے، تو آپ درج ذیل پتہ پر اپنی شکایت رجسٹر کروا سکتے ہیں:

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

ٹیلیفون: 1-800-469-6872

TDD/TTY استعمال کنندگان نیویارک اسٹیٹ ریلے کے ساتھ 711 پر رابطہ کریں؛ یا ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں - www.elections.ny.gov

رجسٹر کرنے کا آپ کا فیصلہ خفیہ رہے گا اور اسے صرف ووٹر کے اندراج کے مقاصد کے لیے ہی استعمال کیا جائے گا۔ کسی بھی فرد کی جانب سے ووٹ کے لیے رجسٹر نہ کروانے کی معلومات اور/یا اس دفتر سے متعلق معلومات جس میں درخواست جمع کرانی گئی ہو، تو ایسی معلومات کو صرف ووٹر کے اندراج کے مقاصد کے لیے ہی استعمال کی جائے گی اور اسے خفیہ رکھا جائے گا۔

- نیویارک اسٹیٹ میں ووٹ دینے کے لیے رجسٹر ہونے کے لیے:
- اپنا نام اور/یا پتہ تبدیل کرنے کے لیے، اگر آپ کے آخری ووٹ ڈالنے کے بعد کوئی تبدیلی ہوئی ہو؛
- کسی سیاسی جماعت میں اندراج کرنے یا اپنا اندراج تبدیل کرنے کے لیے؛
- اگر آپ کی عمر 16 یا 17 سال ہو، تو ووٹ دینے کے لیے پہلے سے رجسٹر کرنے کے لیے۔

رجسٹر ہونے کے لیے شرائط:

- امریکہ کا شہری ہونا؛
- 18 سال یا اس سے زیادہ عمر (16 یا 17 سال پورے ہونے پر پیشگی رجسٹر ہو سکتے ہیں لیکن 18 سال تک ووٹ نہیں دے سکتے)؛
- انتخابات سے کم از کم 30 دن پہلے کاؤنٹی یا سٹی آف نیویارک کا رہائشی ہونا؛
- کسی جرم پر سزا کے لیے جیل میں نہ ہونا؛
- کہیں اور ووٹ دینے کے حق کا دعویٰ نہ کرنا؛ اور
- عدالت کی طرف سے نا اہل نہ قرار دیا گیا ہو۔

آپ کی شناخت کی تصدیق کرنا

ہم الیکشن کے دن سے پہلے آپ کی شناخت کی جانچ کرنے کی کوشش کریں گے، جو آپ کے DMV نمبر (ڈرائیورز لائسنس نمبر یا نان ڈرائیور آئی ڈی نمبر) یا آپ کے سوشل سیکیورٹی نمبر کے آخری چار ہندسوں کے ذریعے کی جائے گی، جسے آپ خانہ نمبر 9 میں فراہم کریں گے۔

اگر آپ کے پاس DMV یا سوشل سیکیورٹی نمبر موجود نہیں ہے، تو آپ اپنی شناخت کی تصدیق کے لیے اپنی کوئی بھی قابل قبول فوٹو آئی ڈی، موجودہ پوٹیلیٹی بل، بینک اسٹیٹمنٹ، بے چیک، سرکاری چیک یا کوئی بھی دوسری ایسی سرکاری دستاویز استعمال کر سکتے ہیں جس پر آپ کا نام اور پتہ موجود ہو۔ آپ اس فارم کے ساتھ ان قسم کی ID کی ایک کاپی شامل کر سکتے ہیں۔

اگر ہم الیکشن کے دن سے پہلے آپ کی شناخت کی توثیق کرنے کے قابل نہ ہوں، تو پہلی بار ووٹ دینے پر آپ سے ID طلب کی جائے گی۔

اس فارم کو مکمل کرنے کے لیے:

غلط طریقے سے رجسٹریشن کروانا یا بورڈ آف الیکشنز کو غلط معلومات فراہم کرنا ایک جرم تصور کیا جاتا ہے۔

خانہ 9: آپ کو لازمی طور پر ایک انتخاب کرنا ہو گا۔ سوالات کے لیے، اوپر "آپ کی شناخت کی تصدیق کرنا" سے رجوع کریں۔

خانہ 10: اگر آپ نے پہلے کبھی ووٹ نہیں دیا تو "None" لکھیں۔ اگر آپ کو یاد نہیں ہے کہ آپ نے آخری مرتبہ کب ووٹ دیا تھا، تو سوالیہ نشان (؟) لگائیں۔ اگر آپ نے پہلے کسی دوسرے نام سے ووٹ دیا تھا، تو وہ نام لکھیں۔ اگر ایسا نہیں ہے، تو "Same" لکھیں۔

خانہ 11: صرف ایک باکس کو نشان زدہ کریں۔ کسی سیاسی جماعت میں اندراج کروانا اختیاری ہے مگر کسی بھی سیاسی جماعت کے پرائمری الیکشن میں ووٹ ڈالنے کے لیے، ووٹر کا اس سیاسی جماعت میں اندراج کروانا لازمی ہوتا ہے، جب تک کہ ریاستی پارٹی کے قوانین دوسری صورت میں اجازت نہ دیں۔