



## DEMANDE/RENOUVELLEMENT DE LA CERTIFICATION – PROGRAMME D'AIDE ALIMENTAIRE SUPPLÉMENTAIRE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)



*Cette demande peut SEULEMENT être utilisée pour demander ou renouveler la certification SNAP.*

**Si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave et avez besoin de ce formulaire de demande dans un autre format, veuillez vous adresser à votre district de services sociaux. Pour de plus amples informations concernant les types de formats disponibles et la manière dont vous pouvez obtenir un formulaire de demande dans un autre format, consultez le manuel d'instructions (LDSS-4826A), ou [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).**

**Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave, souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format ?       Oui       Non**

**Si oui, cochez le type de format que vous souhaitez :       Gros caractères       CD de données       CD audio       Braille, si vous estimez qu'aucun des autres formats alternatifs n'est aussi efficace pour vous.**

**Si vous avez besoin d'autres adaptations, veuillez contacter votre district de services sociaux.**

Si vous souhaitez uniquement faire une demande ou un renouvellement de certification pour SNAP, vous pouvez utiliser cette demande. Si vous souhaitez faire une demande pour d'autres prestations telles que l'assistance temporaire, l'aide à la garde d'enfants, l'aide à l'énergie domestique ou Medicaid, demandez un autre formulaire.

### **Lorsque vous demandez à bénéficier du SNAP**

- Vous pouvez déposer une demande le jour même où vous la recevez. Nous devons accepter votre demande si, au minimum, elle contient votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et une signature. Ces informations permettront d'établir la date de dépôt de votre demande.
- Vous devez suivre la procédure de demande, y compris passer un entretien et signer la déclaration de certification à la page 7 de la demande/renouvellement de certification pour que votre éligibilité soit déterminée. Si vous êtes éligible, les prestations vous seront versées à compter de la date à laquelle vous avez déposé votre demande.
- Vous pouvez demander et obtenir le SNAP pour le(s) membre(s) éligible(s) de votre ménage, même si vous ou d'autres membres de votre ménage n'avez pas droit aux prestations en raison du statut d'immigration. Par exemple, des parents non éligibles non citoyens peuvent demander à bénéficier du programme SNAP pour leurs enfants et recevoir des allocations pour leurs enfants éligibles.
- Vous pouvez toujours demander à bénéficier du programme SNAP et y avoir droit même si vous avez atteint les limites de temps fixées pour l'assistance temporaire.

### **Lorsque vous renouvez votre certification au SNAP**

- Vous devez soumettre la demande de renouvellement de la certification signée avant l'entretien.
- Si vous ne vous présentez pas à l'entretien, il vous incombe de contacter la circonscription des services sociaux pour reporter l'entretien.

### **Avez-vous besoin de prestations du SNAP immédiatement ? Vous pouvez peut-être bénéficier d'un traitement accéléré de votre demande de SNAP :**

Si votre ménage a peu ou pas de revenus ou de ressources financières, **ou** si votre loyer et vos charges sont supérieurs à vos revenus et à vos ressources financières, **ou** si vous êtes un travailleur agricole migrant ou saisonnier ayant peu ou pas de revenus ou de ressources au moment de votre demande, vous pouvez être éligible pour obtenir le programme SNAP dans les 7 jours civils suivant la date de votre demande. Lorsqu'un résident d'une institution fait une demande conjointe de SSI et de SNAP avant de quitter l'institution, la date d'enregistrement de la demande est la date de sortie du/de la demandeur(se) de l'institution.

### **Où demander le SNAP**

Si vous habitez **en dehors** de la ville de New York, vous pouvez déposer votre demande en ligne sur [myBenefits.ny.gov](https://myBenefits.ny.gov), ou appeler ou visiter le district des services sociaux du comté où vous habitez et réclamer un dossier de demande, qui peut être envoyé par la poste à ou déposé à ce bureau approprié. Vous pouvez obtenir l'adresse et le numéro de téléphone du district des services sociaux de votre comté en appelant le numéro gratuit **1-800-342-3009**.

Si vous habitez **New York City** et que vous **n'êtes pas** également demandeur d'une aide temporaire, vous pouvez introduire une demande en ligne sur <https://www.nyc.gov/hra>, ou appeler ou visiter un bureau SNAP et solliciter un dossier de candidature. Vous pouvez obtenir l'adresse et le numéro de téléphone en appelant le **1-718-557-1399** ou le numéro gratuit **1-800-342-3009**.

**Les entretiens SNAP se font généralement par téléphone. Si vous préférez un entretien sur place, vous devez en faire la demande auprès de votre circonscription de services sociaux.**

**AVIS DE NON-DISCRIMINATION** – Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques du Département américain de l'agriculture (U.S. Department of Agriculture, USDA) en matière de droits civils, cette institution s'interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques, les représailles ou les mesures de rétorsion pour des activités antérieures en faveur des droits civils.

Les informations sur le programme pourront être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (par exemple, en braille, en gros caractères, sur bande audio, en langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (nationale ou locale) auprès de laquelle elles ont introduit leur demande d'allocations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du Service fédéral de relais (Federal Relay Service) au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, intitulé Formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre du programme de l'USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), qui peut être obtenu en ligne sur <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, auprès de n'importe quel bureau de l'USDA en appelant le (833) 620-1071, ou en écrivant une lettre à l'adresse de l'USDA. Le courrier doit comporter le nom de la plaignante ou du plaignant, son adresse, son numéro de téléphone ainsi qu'une description suffisamment détaillée de l'acte discriminatoire présumé pour informer la Secrétaire adjointe aux droits civils (Assistance Secretary for civil rights, ASCR) de la nature des faits présumés de violation des droits civils et de la date à laquelle ils ont eu lieu. Le formulaire AD-3027 rempli ou la lettre doit être envoyé(e) à :

- (1) Courrier : Service alimentaire et nutritionnel, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314 ; ou
- (2) Télécopie : (833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou
- (3) e-mail : [ENSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:ENSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Cette institution respecte les principes d'égalité des chances.

BUREAU D'ASSISTANCE TEMPORAIRE ET D'AIDE AUX PERSONNES INVALIDES DE L'ÉTAT DE NEW YORK

**DEMANDE/RENOUVELLEMENT DE LA CERTIFICATION – SNAP**

Date de la demande	Date de l'entretien	Centre/bureau	Unité	Agent	Type de dossier	Numéro de dossier	Numéro de registre	Version	<input type="checkbox"/> Demande <input type="checkbox"/> Renouvellement	Langue
--------------------	---------------------	---------------	-------	-------	-----------------	-------------------	--------------------	---------	--	--------

Nom légal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro où l'on peut vous joindre : \_\_\_\_\_  
 Adresse de résidence : \_\_\_\_\_ N° appart. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_, NY Code postal 1  
 Adresse postale (si différente) \_\_\_\_\_ N° appart. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_, NY Code postal 1  
 Connu sous un autre nom : \_\_\_\_\_ Faites-vous :  Une demande **ou**  un renouvellement de certification Souhaitez-vous recevoir des avis en :  Espagnol **et** anglais **ou**  Anglais **seulement**

<b>Nous devons accepter votre demande si, au minimum, elle contient votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et votre signature dans cette case.</b>	SIGNATURE DU (DE LA) DEMANDEUR(SE)/REPRÉSENTANT(E) <u>2</u>	DATE DE SIGNATURE
--	---	-------------------

**Mentionnez toutes les personnes qui vivent avec vous, même si elles n'effectuent pas de demande. Indiquez vous en premier.**

L N	Prénom	Initiale du deuxième prénom	Nom	Numéro de sécurité sociale (SSN) du membre demandeur (si aucun, merci d'écrire « aucun »)	Date de naissance	Situation matrimoniale	Sexe M, F Ou X	Cette personne fait-elle la demande ?		Lien de parenté avec vous	Achetez-vous et/ou préparez-vous de la nourriture avec cette personne ?		Hispanique ou latino ?		Inscrivez O (Oui) ou N (Non) pour chaque race* (codes définis ci-dessous)					
								Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	I	A	B	P	W	
<b>1</b>								<input checked="" type="checkbox"/>		<b>Moi-même</b>	<input checked="" type="checkbox"/>									
<b>2</b>																				
<b>3</b>																				
<b>4</b>																				
<b>5</b>																				
<b>6</b>																				
<b>7</b>																				
<b>8</b>																				

\*Codes raciaux/ethniques : **I** – Amérindien(ne) ou natif(ve) d'Alaska, **A** – Asiatique, **B** – Noir(e) ou afro-américain(ne), **P** – Natif(ve) d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique, **W** – Blanc(he)  
 Ces informations sont facultatives. Elles sont sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues. La raison de ces informations est de garantir que les avantages du programme sont distribués sans tenir compte de la race, de la couleur ou de l'origine nationale.

Êtes-vous citoyen(ne) américain(e) et la personne qui vit avec vous l'est-elle aussi ?  Oui  Non Si non, qui ne l'est pas ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous ou un membre de votre ménage faites une demande ou bénéficiez de prestations du SNAP ou de l'assistance temporaire ailleurs ?  Oui  Non

Êtes-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, un(e) ancien(ne) combattant(e) ?  Oui  Non Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

Vivez-vous ou quelqu'un vit-il dans un centre de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, dans un centre de vie en groupe agréé par l'État ou dans un appartement supervisé/avec services de soutien agréé par l'État ?  Oui  Non

Si vous renouvelez votre certification pour le programme SNAP, indiquez à la page 9 ce qui a changé depuis votre dernière demande ou votre dernier renouvellement de certification (*déménagement, naissance d'un enfant, arrivée ou départ d'un membre de votre ménage, etc.*)

## REVENUS

Liste de **TOUS** vos revenus et revenus de toutes les personnes vivant avec vous. Cela inclut, sans s'y limiter, les **salaires, les revenus d'une activité indépendante moins le coût de production de l'activité indépendante (par exemple : garde d'enfant, nettoyage, revenus d'un locataire ou d'un pensionnaire), les pensions alimentaires pour enfant, les pensions, les allocations d'ancien(ne) combattant(e), les allocations invalidité, la sécurité sociale ou le SSI, les subventions ou bourses pour le loyer ou la nourriture, l'assistance temporaire et les revenus provenant d'amis ou de parents.**

Nom de la personne qui perçoit le revenu	Source de revenus	Heures travaillées par mois	À quelle fréquence est-il perçu ? (par exemple, hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuel)	Montant brut reçu avant déductions

Engagez-vous, ou une personne vivant avec vous, des frais de garde d'enfant/de personne à charge liés à l'emploi ou à la formation ?  Oui  Non Si oui, qui ? \_\_\_\_\_.

Montant payé \_\_\_\_\_\$. Fréquence de paiement (par exemple, hebdomadaire, mensuelle) \_\_\_\_\_.

Avez-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, changé d'emploi, quitté votre emploi ou réduit toute forme de revenu au cours des 30 derniers jours, y compris une réduction des heures de travail ou des revenus ?  Oui  Non

5

Avez-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, des revenus potentiels qui n'ont pas encore été perçus ?  Oui  Non Si oui, expliquer à la page 9.

Prenez-vous part, ou une personne vivant avec vous prend-elle part, à une grève ?  Oui  Non Si oui, qui ? \_\_\_\_\_.

Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous étiez placé(e) en famille d'accueil le jour de votre 18<sup>ème</sup> anniversaire ?  Oui  Non

Êtes-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, un pensionnaire, un enfant ou un adulte placé en famille d'accueil ?  Oui  Non

Si oui, cochez P pour pensionnaire ou F pour famille d'accueil et inscrivez leur nom.  B  F Nom : \_\_\_\_\_

## RESSOURCES

Les ressources n'ont pas d'incidence sur l'éligibilité de la plupart des ménages effectuant une demande pour bénéficier du SNAP. Toutefois, certaines informations sur les ressources sont utilisées pour déterminer si vous remplissez les conditions requises pour un traitement accéléré de votre demande.

Quelle somme d'argent possède chaque membre de votre ménage ? (Par exemple, sur vous, à votre domicile, sur des comptes de chèques et d'épargne ou ailleurs, y compris des comptes détenus conjointement) \_\_\_\_\_\$ appartiennent à \_\_\_\_\_.

Autres actifs financiers ? (Par exemple, actions, obligations, comptes de retraite, obligations d'épargne, fonds communs de placement, IRA, fonds fiduciaires, certificats du marché monétaire)

Oui  Non

Si oui, montant \_\_\_\_\_\$ Type \_\_\_\_\_ Propriétaire \_\_\_\_\_.

Combien de voitures, de camions ou d'autres véhicules possédez-vous (vous ou quelqu'un de votre ménage) ?

\_\_\_ #1 Année \_\_\_ Marque \_\_\_\_\_ Modèle \_\_\_\_\_ Propriétaire \_\_\_\_\_

\_\_\_ #2 Année \_\_\_ Marque \_\_\_\_\_ Modèle \_\_\_\_\_ Propriétaire \_\_\_\_\_

6

Est-ce que vous, ou l'une des personnes présentant une demande, possédez des biens immobiliers, y compris votre propre maison ?

Oui  Non Si oui, répertoriez les biens \_\_\_\_\_ Propriétaire \_\_\_\_\_

Au cours des trois derniers mois, un(e) demandeur(se) a-t-il(elle) vendu, donné ou transféré de l'argent ou des biens afin de remplir les conditions requises pour bénéficier du programme SNAP ?

Oui  Non

## ÉTUDES/FORMATION ET LANGUE

Indiquez le nom de chaque demandeur(se) du ménage âgé(e) de 16 ans ou plus, y compris vous-même. Pour chaque personne, mettez un « X » dans la case de la section « Niveau d'études le plus élevé », en utilisant les codes d'études et de formation indiqués ci-dessous. Ne cochez qu'une seule case par personne. Si vous inscrivez un « X » dans la colonne « 0 » pour une personne (ce qui indique qu'elle n'a pas de diplôme d'études secondaires ou d'équivalence de diplôme d'études secondaires), inscrivez sa plus haute année d'études dans la case « Niveau scolaire le plus élevé atteint » (exemple : si une personne est en 10<sup>e</sup> année, inscrivez « 9 » dans la case « Niveau scolaire le plus élevé atteint »). Laissez la case « Niveau scolaire le plus élevé atteint » vide si la colonne « 0 » n'est pas cochée pour une personne qui fréquente l'école secondaire ou qui obtient un diplôme équivalent à celui de l'école secondaire.

En outre, veuillez indiquer la langue principale parlée par chaque personne du ménage SNAP âgée de 16 ans ou plus. La langue principale est la langue que l'individu parle le plus souvent.

Nom (prénom et nom)	Niveau d'études le plus élevé* (codes définis ci-dessous)							Niveau scolaire le plus élevé atteint (consultez les informations ci-dessous)	Quelle est la langue principale parlée par l'individu ?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

\* Codes d'études et de formation : **0** – Sans diplôme de fin d'études secondaires ou équivalent ; **1** – Diplôme de fin d'études secondaires ou équivalent ; **2** – Diplôme associé (diplôme d'études supérieures en 2 ans) ; **3** – Bachelor (diplôme d'études supérieures en 4 ans) ; **4** – Diplôme d'études supérieures (Master ou plus) ; **5** – Achèvement d'un plan d'éducation individualisé (PEI) ; **8** – Inconnu

**NOTE :** La communication d'informations concernant le niveau d'études le plus élevé, le niveau scolaire le plus élevé et la langue principale parlée est volontaire. Cela est sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues. Ces informations sont nécessaires pour répondre aux exigences fédérales en matière de production de rapports.

## CONDITIONS DE VIE ET DÉPENSES

Cochez toutes les descriptions qui s'appliquent à votre ménage :

Propriétaire ou accédant à la propriété   
  Locataire   
  Migrant/travailleur agricole saisonnier   
  Pas de résidence permanente   
  Vit avec des parents ou des amis

Dresser la liste des dépenses :

Loyer ou paiement hypothécaire mensuel \_\_\_\_\_ \$    Impôt sur le logement par an \_\_\_\_\_ \$    Assurance sur le logement par an \_\_\_\_\_ \$

Payez-vous séparément pour le chauffage ?

Oui     Non    Si oui, précisez le type de chauffage :   
  Gaz     Électrique     Pétrole     Bois     Charbon     Propane     Autre (indiquer) \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du contrat de chauffage \_\_\_\_\_    N° du contrat de chauffage \_\_\_\_\_    N° \_\_\_\_\_

Payez-vous pour le conditionnement d'air, soit dans votre facture d'électricité, soit en tant que facture séparée ?  Oui     Non

Payez-vous séparément les services publics (autres que le chauffage et le conditionnement d'air) ?  Oui     Non (par exemple, l'éclairage, le gaz de cuisson, les ordures ménagères, l'eau, l'installation initiale des services publics).

Quelqu'un d'autre paie-t-il ces dépenses à votre place (par exemple, la Section 8 ou un autre programme de subvention) ?

Oui     Non    Si oui, qui paie quoi ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous, ou une personne vivant avec vous, payez une pension alimentaire pour enfant prévue par la loi ?  Oui     Non    Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

Nom(s) de l'enfant (des enfants) pour lequel (lesquels) une pension alimentaire est versée \_\_\_\_\_

Montant du versement \_\_\_\_\_ \$    Fréquence des versements (par exemple, hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuelle) \_\_\_\_\_

Êtes-vous, et/ou toute personne vivant avec vous, handicapé(e) ou âgé(e) d'au moins 60 ans ?  Oui     Non    Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, cette personne a-t-elle des factures médicales ?  Oui     Non    Si oui, indiquez à la page 9 à quoi ils servent, combien ils coûtent et qui est responsable du paiement.

8

**CONDITIONS DE VIE ET DÉPENSES (suite)**

Êtes-vous, et/ou toute personne vivant avec vous, bénéficiaire de Medicaid avec couverture des frais médicaux pour un montant égal à l'excédent de revenus ?

Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$

Vous, ou une personne vivant avec vous (âgée de 16 ou 17 ans), êtes-vous inscrit(e) à l'école ou à une formation ?

Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_ Nom de l'école/du programme de formation \_\_\_\_\_

Vous, ou une personne vivant avec vous, âgé(e) de 18 à 49 ans, suivez-vous un programme d'enseignement ou de formation (au-dessus du lycée) ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

*Nom de l'école/du programme de formation* \_\_\_\_\_ *Temps plein (Full Time, FT)*  Oui  Non Revenu  Oui  Non Dépenses  Oui  Non

**Y a-t-il dans le ménage des adultes âgés de 16 ans et plus (y compris le [la] demandeur[se]) qui :**

Est enceinte ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

A des problèmes de santé qui limitent sa capacité à travailler ou le type de travail qu'il peut effectuer ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

8

**Répondez aux questions suivantes :**

Est-ce que vous, ou une personne vivant avec vous, enfreignez une condition de probation ou de libération conditionnelle ou êtes en fuite pour éviter des poursuites, une détention provisoire ou une peine d'emprisonnement pour un acte délictueux grave et êtes activement recherché(e) par les forces de l'ordre ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

Êtes-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, en violation d'une probation ou d'une libération conditionnelle selon un tribunal ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

Avez-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, déjà été exclu(e) du bénéfice du programme SNAP en raison d'une fraude ou d'une violation intentionnelle du programme ?

Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

Avez-vous, ou une personne vivant avec vous, été condamné(e) pour avoir échangé des prestations du SNAP contre des armes à feu, des munitions, des explosifs ou des drogues après le 22 septembre 1996 ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

Avez-vous, ou une personne vivant avec vous, été condamné(e) pour avoir acheté ou vendu des prestations du SNAP pour un montant combiné de 500 \$ ou plus, après le 22 septembre 1996 ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

Avez-vous, ou quelqu'un vivant avec vous, été condamné(e) pour avoir reçu frauduleusement des prestations du SNAP en double dans un État après le 22 septembre 1996 ?  Oui  Non *Si oui, qui ?* \_\_\_\_\_

**Vous pouvez utiliser la page 9 si vous avez besoin de plus d'espace ou si vous pensez que nous pourrions avoir besoin d'autres informations.**

**VEUILLEZ LIRE LES INFORMATIONS IMPORTANTES CI-DESSOUS**

**AVERTISSEMENT DE SANCTION AU TITRE DU SNAP –** Toute information que vous fournissez dans le cadre de votre demande de prestation du SNAP sera soumise à vérification par les agents fédéraux, de l'État et locaux. En cas d'information incorrecte, le SNAP pourra vous être refusé. L'indication délibérée d'informations incorrectes affectant votre admissibilité ou le montant de vos prestations vous expose à des poursuites judiciaires. Toute personne enfreignant une condition de probation ou de libération conditionnelle, ou toute personne en fuite pour éviter des poursuites, une détention provisoire ou une peine d'emprisonnement pour un acte délictueux grave et qui ferait l'objet de poursuites actives par les autorités, n'est pas éligible aux prestations du SNAP.

Si un membre d'un ménage bénéficiant du programme SNAP est reconnu coupable d'une violation intentionnelle du programme (Intentional Program Violation, IPV), il ne pourra pas bénéficier des prestations du SNAP pendant une période de :

- 12 mois pour la première violation intentionnelle du programme SNAP.
- 24 mois pour la deuxième violation intentionnelle du programme SNAP.
- 24 mois pour la première violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des prestations du SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée. (Drogues ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise.)
- 120 mois si vous êtes reconnu(e) coupable d'avoir fait une fausse déclaration sur votre identité ou votre lieu de résidence en vue d'obtenir plusieurs prestations du SNAP simultanément, à moins d'être définitivement exclu(e) en raison d'une troisième violation intentionnelle du programme.

En outre, un tribunal peut dire à une personne de participer au SNAP pendant 18 mois supplémentaires.

9

## VEUILLEZ LIRE LES INFORMATIONS IMPORTANTES CI-DESSOUS (suite)

### Exclusion permanente d'un individu pour :

- La première violation intentionnelle du programme SNAP fondée sur la constatation par un tribunal de l'utilisation ou de la réception de prestations du SNAP dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs.
- La première violation intentionnelle du programme SNAP si un tribunal a conclu à un trafic de prestations du SNAP d'un montant cumulé de 500 \$ ou plus (le trafic impliquant l'utilisation, le transfert, l'acquisition, l'altération ou la possession illégale de cartes d'autorisation ou de dispositifs d'accès du SNAP).
- La deuxième violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des prestations du SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée. (Drogues ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise.)
- Toute troisième violation intentionnelle du programme SNAP.

Toute personne condamnée pour acte délictueux suite à l'utilisation, au transfert, à l'acquisition, à l'altération ou à la détention volontaire de cartes d'autorisation ou de dispositifs d'accès du SNAP pourra être condamnée à payer une amende pouvant aller jusqu'à 250 000 \$, à purger une peine pouvant aller jusqu'à 20 ans d'emprisonnement ou à ces deux peines cumulées. Cette personne pourra également faire l'objet de poursuites au titre des lois de l'État et fédérales en vigueur.

### Vous pouvez être déclaré(e) inéligible au SNAP ou reconnu(e) avoir commis une violation intentionnelle du programme si :

- Vous faites une déclaration fausse ou trompeuse, ou vous présentez de manière inexacte, dissimulez ou passez sous silence des faits afin d'avoir droit à des prestations ou de recevoir davantage de prestations ; ou
- Vous achetez un produit avec des prestations du SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent liquide en jetant intentionnellement le produit et en retournant le récipient pour le montant de la consigne ; ou
- Vous commettez ou tentez de commettre un acte qui constitue une violation de la loi fédérale ou de la loi de l'État dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquérir, de recevoir, de posséder ou d'opérer un trafic des prestations du SNAP, des cartes d'autorisation ou des documents réutilisables utilisés dans le cadre du système de transfert électronique de prestations (Electronic Benefit Transfer, EBT).

### En outre, les points suivants ne sont pas autorisés et vous risquez de ne pas pouvoir bénéficier des prestations du SNAP et/ou de faire l'objet de sanctions pour les actions suivantes :

- Utiliser ou détenir des cartes EBT qui ne vous appartiennent pas, sans le consentement du propriétaire de la carte ; ou
- Utiliser les prestations du SNAP pour acheter des produits non alimentaires, comme de l'alcool ou des cigarettes, ou pour payer des aliments précédemment achetés à crédit ; ou
- Permettre à quelqu'un d'autre d'utiliser votre carte de transfert électronique de prestations (EBT) en échange d'argent liquide, d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de drogues, ou pour acheter de la nourriture pour des personnes qui ne sont pas des membres du ménage SNAP.

Si vous recevez des prestations du SNAP plus importantes que vous ne devriez (trop-perçu), vous devrez les rembourser. Si votre dossier est actif, nous reprendrons le montant du trop-perçu sur les futures prestations du SNAP que vous recevrez. Si votre dossier est clos, vous pouvez rembourser les paiements excédentaires au moyen de toutes les prestations du SNAP non utilisées restant sur votre compte, ou vous pouvez payer en espèces.

Si vous faites l'objet d'un trop-perçu qui n'est pas remboursé, il sera envoyé en recouvrement, y compris en recouvrement automatisé par le gouvernement fédéral. Les prestations fédérales (comme la sécurité sociale) et les remboursements d'impôt auxquels vous avez droit peuvent être utilisés pour rembourser l'excédent. La dette sera également soumise à des frais de traitement.

Toutes les prestations du SNAP supprimées de votre compte EBT seront utilisées pour réduire les trop-perçus courants. Si vous faites de nouveau une demande de prestations du SNAP et que vous n'avez pas remboursé le montant que vous devez, vos prestations du SNAP seront réduites si vous êtes de nouveau éligible à des prestations du SNAP. Vous serez alors informé(e) du montant des prestations réduites auquel vous avez droit.

**CONSENTEMENT** – Je comprends qu'en signant ce formulaire de demande, j'accepte toute enquête menée par le Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York ou par mon district local de services sociaux pour vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies ou toute autre enquête menée par eux dans le cadre de ma demande de prestations du SNAP. Si des informations supplémentaires sont demandées, je les fournirai. Je m'engage également à coopérer avec le personnel de l'État et de l'administration fédérale dans le cadre d'un examen de contrôle de la qualité du programme SNAP.

Je comprends qu'en signant la présente demande/certification, j'accepte toute enquête visant à vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies et toute autre enquête diligentée par une agence gouvernementale agréée en relation avec les prestations du Programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program, HEAP). Je consens également à ce que les renseignements fournis dans la présente demande soient utilisés dans le cadre de l'aiguillage vers les programmes d'aide à l'intempérisation disponibles et les programmes pour personnes à faible revenu de ma compagnie de services publics. Je comprends que l'État utilisera mon numéro de Sécurité sociale pour vérifier si je perçois des allocations HEAP auprès de mes fournisseurs énergétiques domestiques. Cette autorisation signifie que j'accepte que tout fournisseur d'énergie domestique, ma société de services publics incluse, communique des informations statistiques me concernant, notamment, sans toutefois s'y limiter, ma consommation énergétique annuelle, mes frais d'électricité, ma consommation de combustible, le type de combustible que j'utilise, mes dépenses annuelles en combustible et mes antécédents de paiements au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance) et au district de services sociaux (Social Services District) local, ainsi qu'au département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (United States Department of Health and Human Services) aux fins d'évaluer les performances du Programme d'aide à l'énergie domestique pour les foyers à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES RELATIVES À L'ASSURANCE-CHÔMAGE (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI)** – J'autorise le Département du travail (Department of Labor, DOL) de l'État de New York à communiquer toute information confidentielle conservée par le DOL dans le cadre de l'assurance-chômage au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) de l'État de New York. Ces informations comprennent mes demandes d'allocations UI et les antécédents de mes salaires. Je suis conscient(e) que l'OTDA, ainsi que les employés de l'État et des agences locales travaillant dans les bureaux de district des services sociaux utiliseront les informations de l'assurance-chômage pour établir ou vérifier l'éligibilité et le montant du SNAP faisant l'objet de la présente demande, et pour mener des enquêtes afin de déterminer si j'ai reçu des prestations auxquelles je n'avais pas droit.

## **VEUILLEZ LIRE LES INFORMATIONS IMPORTANTES CI-DESSOUS (suite)**

**CONSENTEMENT DES RÉSIDENTS DE L'AUTORITÉ DU LOGEMENT DE LA VILLE DE NEW YORK AU PARTAGE D'INFORMATIONS** – Si vous sollicitez une aide dans la ville de New York, ce consentement permettra à l'autorité du logement de la ville de New York (New York City Housing Authority, NYCHA) de partager des informations vous concernant avec l'administration des ressources humaines de la ville de New York/Département des services sociaux (Human Resources Administration, HRA) afin de vous aider, vous et votre ménage, à solliciter une aide dans le cadre du programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) et/ou une aide en espèces de l'HRA, qui peut inclure le paiement d'arriérés de loyer.

Si vous signez la demande ci-dessous, NYCHA peut partager avec HRA des informations relatives à votre éligibilité ou à votre niveau de prestations SNAP et/ou d'assistance en espèces, y compris votre nom, votre adresse, votre date de naissance et les informations relatives au paiement du loyer et des services publics (telles que le montant du loyer mensuel, l'historique des paiements de loyer, le solde du loyer et les frais d'appareils ménagers). En outre, en signant cette demande ci-dessous, vous déclarez que vous avez l'autorité de consentir au nom des enfants mineurs énumérés dans cette demande et vous autorisez NYCHA à partager le nom, l'adresse et la date de naissance de cet enfant avec HRA.

L'HRA gardera confidentielles toutes les informations que la NYCHA partage et ne pourra les partager qu'avec les agences locales, étatiques et fédérales qui supervisent les programmes de prestations SNAP et d'assistance en espèces de l'HRA.

**AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES** – J'autorise la circonscription des services sociaux de la ville de New York à obtenir les dossiers scolaires de moi-même et/ou de mon (mes) enfant(s) mineur(s) aux fins suivantes : 1) vérifier mon éligibilité à SNAP, 2) mener des examens ou des enquêtes résultant d'informations contradictoires fournies dans le cadre du processus d'éligibilité et, 3) fournir à l'agence gouvernementale fédérale appropriée l'accès à ces informations dans le seul but d'un audit.

**DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES** – J'autorise le district des services sociaux et l'État de New York à partager des informations concernant les prestations du Programme d'aide alimentaire supplémentaire que moi-même ou tout membre de mon ménage pour lequel je peux légalement donner une autorisation avons reçues, dans le but de vérifier mon éligibilité aux services et aux paiements liés à l'administration du programme fourni par un contractant local ou de l'État. Lesdits services peuvent inclure, sans y être limités, des services de placement professionnel et de formation pour m'aider personnellement ou pour aider un membre de mon foyer à obtenir et à conserver un emploi.

**INFORMATIONS SUR LES PRESTATIONS POUR LES FACTURES DE SERVICES PUBLICS NORMALES (STANDARD UTILITY ALLOWANCE, SUA)** – Je comprends que les bénéficiaires du SNAP sont formellement admissibles au Programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program, HEAP) du fait de leurs revenus. Si je n'ai pas perçu d'allocation HEAP supérieure à 20,00 \$ pour le mois en cours ou sur les 12 derniers mois, ni aucune autre allocation au titre d'un autre programme d'assistance énergétique, je dois payer mes frais de chauffage, de climatisation ou de service public séparément pour avoir droit à une allocation pour les factures énergétiques normales.

**CHANGEMENTS** – Je m'engage à informer **rapidement** l'agence de tout changement concernant mes besoins, mes revenus, mes biens, mes conditions de vie, mon statut d'adulte valide sans personne à charge (able-bodied adult without dependents, ABAWD), y compris si mes heures de travail tombent en dessous de 80 heures par mois, mon état de grossesse ou mon adresse, au mieux de mes connaissances ou de mes convictions, conformément à mes obligations en matière de déclaration.

**EXIGENCES RELATIVES À LA DÉCLARATION/AU CONTRÔLE DES DÉPENSES DU FOYER** – Je comprends que mon ménage doit déclarer les dépenses de garde d'enfants et de services publics afin de bénéficier d'une déduction pour ces frais au titre du SNAP. Je comprends également que mon foyer est tenu de déclarer et de contrôler les paiements du loyer/du prêt hypothécaire, de la taxe foncière, de l'assurance, des frais médicaux et de garde de pension alimentaire pour enfant(s) versés à un membre hors du foyer pour être admissible à une déduction SNAP pour lesdites dépenses. Je comprends que toute omission de déclaration/contrôle des dépenses ci-dessus sera perçue comme un renoncement de mon foyer à toute déduction pour ces dépenses non déclarées/non contrôlées. La déduction de ces dépenses peut me rendre admissible à des allocations SNAP ou augmenter le montant de mes allocations SNAP. Je comprends que je peux déclarer/contrôler ces dépenses à tout moment à l'avenir. La déduction sera alors appliquée au calcul des allocations SNAP des mois suivants, conformément aux règles relatives au signalement et au traitement des modifications.

En faisant une demande de SNAP, je suis conscient(e) que le district des services sociaux demandera et utilisera les informations disponibles par le biais du système de vérification des revenus et de l'éligibilité pour étudier ma demande, et pourra vérifier ces informations par le biais de contacts collatéraux si des contradictions sont constatées. Je comprends également que ces informations peuvent affecter mon admissibilité à des allocations SNAP et/ou le montant des allocations SNAP que je perçois.

**DÉCLARATION RELATIVE À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE – COLLECTE ET UTILISATION DU NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (SSN)** – La collecte des SSN est autorisée pour chaque membre du ménage dans le cadre du programme SNAP, conformément à la loi Food and Nutrition Act de 2008. Les informations que nous collectons seront utilisées pour déterminer si votre foyer est ou reste admissible à une aide ou à des allocations. Nous vérifierons ces informations via des programmes de correspondance informatique. Ces informations seront également utilisées pour vérifier la conformité aux conditions du programme et pour la gestion du programme. Ces informations pourront être communiquées aux agences fédérales ou de l'État pour un examen officiel ainsi qu'aux représentants des forces de l'ordre dans le cadre de l'arrestation de personnes en fuite pour éviter de se soumettre à la loi. Ces informations seront utilisées pour contrôler votre identité, ainsi que les revenus professionnels et non professionnels.

Si votre ménage fait l'objet d'une réclamation SNAP, les informations contenues dans cette demande, y compris tous les SSN, peuvent être transmises aux agences fédérales et de l'État, ainsi qu'aux agences privées de recouvrement des créances, pour une action de recouvrement des créances. Toute personne demandant à bénéficier du SNAP doit fournir un SSN. Les SSN des membres non admissibles seront également utilisés et divulgués de la manière décrite ci-dessus. Si vous-même ou toute autre personne faisant une demande/renouvelant sa certification n'avez pas de SSN, vous devez en faire la demande auprès de l'administration de la sécurité sociale (SSA.gov).

Outre l'utilisation des informations que vous nous communiquez de cette manière, l'État les exploite également pour établir des statistiques sur l'ensemble des personnes bénéficiant du Programme d'aide à l'énergie domestique. Les informations sont utilisées dans le cadre du contrôle qualité réalisé par l'État afin de s'assurer que les districts locaux font de leur mieux. Elles permettent de vérifier l'identité de votre fournisseur d'énergie et de s'assurer de vos paiements auprès de ce fournisseur.

**VEUILLEZ LIRE LES INFORMATIONS IMPORTANTES CI-DESSOUS (suite)**

**STATUT CITOYENNETÉ/D'IMMIGRATION** – Je jure et/ou affirme, sous peine de parjure, que les informations que j'ai fournies concernant ma citoyenneté et ma situation au regard de l'immigration, ainsi que celle de toute personne vivant avec moi, sont vraies et exactes. Je comprends que toute information que je fournis pour vérifier le statut d'immigration d'une personne demandant à bénéficier du programme SNAP peut faire l'objet d'une vérification d'authenticité auprès des services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis.

**Pour le SNAP**, la citoyenneté ne doit être documentée **qu'en cas de doute**.

**REPRÉSENTANT(E) AUTORISÉ(E)** – Vous pouvez autoriser une personne connaissant la situation de votre ménage à **déposer une demande** de SNAP pour vous. Vous pouvez également autoriser une personne extérieure à votre ménage à obtenir une carte EBT de représentant autorisé pour acheter de la nourriture à votre place. Pour autoriser une personne à exercer l'une des deux fonctions ci-dessus, vous devez remplir un document écrit. Vous pouvez le faire en imprimant le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne ci-dessous. Lorsqu'un(e) représentant(e) autorisé(e) dépose une demande pour bénéficier du SNAP au nom d'un ménage qui ne réside pas dans une institution, le (la) représentant(e) autorisé(e) et un membre adulte responsable du ménage souhaitant bénéficier du SNAP doivent **tous deux** signer et dater les sections de signature au bas de cette page, à moins que le (la) représentant(e) autorisé(e) n'ait été désigné(e) autrement par le ménage par écrit.

**SI VOUS SOUHAITEZ AUTORISER QUELQU'UN, ÉCRIVEZ EN LETTRES MAJUSCULES LE NOM, L'ADRESSE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE CETTE PERSONNE ET SIGNEZ CI-DESSOUS.**

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Cochez cette case si vous souhaitez que votre représentant(e) autorisé(e) obtienne une carte EBT pour acheter de la nourriture à votre place.**

**CERTIFICATION : J'ai lu et je comprends les avis ci-dessus. Je comprends et j'accepte les cessions, autorisations et consentements ci-dessus. Je jure et/ou affirme, sous peine de parjure, que les informations que j'ai fournies ou que je fournirai au district local des services sociaux sont correctes. Votre signature est requise ci-dessous pour compléter le processus de candidature.**

SIGNATURE DU (DE LA) DEMANDEUR(SE) (ou de l'adulte responsable du ménage)  X	DATE DE SIGNATURE 1 1
SIGNATURE du (de la) représentant(e) autorisé(e)  X	DATE DE SIGNATURE

**SI VOUS AVEZ AIDÉ QUELQU'UN D'AUTRE À REMPLIR CETTE DEMANDE/CE RENOUVELLEMENT DE CERTIFICATION, INDIQUEZ ICI VOTRE NOM ET VOTRE ADRESSE EN LETTRES MAJUSCULES. VOUS POUVEZ ÉGALEMENT INDIQUER VOLONTAIREMENT VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE.**

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Utilisez cette zone pour des informations supplémentaires :

Qui : \_\_\_\_\_ Explication :

Qui : \_\_\_\_\_ Explication :

Qui : \_\_\_\_\_ Explication :

12

**JE CONSENS À RETIRER MA DEMANDE/MON, RENOUELEMENT DE CERTIFICATION.** Je comprends que je peux déposer une nouvelle demande à tout moment.

SIGNATURE

13

DATE

**Cadre réservé à l'agence**

Éligibilité déterminée par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de la personne qui a obtenu l'information sur l'éligibilité : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Motif \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Retrait  Dénî  Renouvellement de cert. Clôture

Eligibilité Approuvée par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Période d'autorisation SNAP : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

ENTRETIEN EN PERSONNE

ENTRETIEN PAR TÉLÉPHONE

Commentaires :



# 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

*If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date

\_\_\_\_\_  
Please Print Name

**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 আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, 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

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> , do not complete this form	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <b>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?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> to both of the prior questions, you cannot register to vote.	<b>For Board Use Only</b>		
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
<b>6</b>	Date of Birth	<b>7</b>	Gender (optional)	<b>8</b>	Telephone (optional)	Email (optional)
<b>10</b>	The last year you voted	Your address was (give house number, street and city)		<b>9</b>	<b>ID Number (Check the applicable box and provide your number)</b> <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	
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <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 _____ <b>I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party		<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I am a citizen of the United States.</li> <li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li> <li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li> <li>• This is my signature or mark on the line below.</li> <li>• 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.</li> </ul> _____ / ____/ Signature or Mark in ink Date		

### (Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
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

## Important!

### 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.

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](http://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, paycheck, 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.