



АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)



Вы подаете заявление только на получение фудстемпов?

Если Вы подаете заявление только на получение фудстемпов, Вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты-заявления. Если же Вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как Временное пособие, Пособие по уходу за детьми, Пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по Программе медицинской помощи (Медикэйд), попросите выдать Вам другую форму анкеты-заявления.

Данная форма бланка предназначена для подающих заявление только на получение фудстемпов.

При подаче заявления на получение фудстемпов

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления; если за Вами будет признано право на получение льгот, фудстемпы будут начислены Вам с даты подачи заявления.
- Вы можете подать заявление до прохождения собеседования.
- Мы обязаны принять Ваше заявление, даже если в заявлении указаны только Ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи Вами заявления. Однако установить, сможете ли Вы получать фудстемпы, можно будет только если Вы заполните все графы бланка и пройдете собеседование в нашем ведомстве.
- Даже в том случае, если Вам или кому-то еще из проживающих с Вами лиц фудстемпы не положены из-за иммиграционного статуса, Вы можете подать заявление на получение фудстемпов для проживающих с Вами правомочных лиц и получать для них фудстемпы. Так, родители-иммигранты могут подать заявление на получение фудстемпов для своих детей, даже если сами родители не имеют права на получение этих льгот.

Фудстемпы нужны Вам прямо сейчас? Возможно, у Вас есть право на их ускоренное оформление

Если у Вас и проживающих совместно с Вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, **либо** если объем Ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем Ваших доходов и наличных средств, **либо** если Вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве и у Вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, Вы, возможно, имеете право на получение фудстемпов в течение 5 дней со дня подачи заявления на получение льгот. Ваш ведущий всегда готов рассмотреть Ваши жизненные обстоятельства и определить, имеете ли Вы право на ускоренное оформление фудстемпов по Вашему заявлению на получение фудстемпов. Существует особый порядок, позволяющий обеспечить оформление фудстемпов всем группам проживающих совместно лиц, которым положены фудстемпы и которые имеют право на их ускоренное оформление.

Вам трудно прийти к нам на прием по поводу оформления фудстемпов?

Если Вам трудно лично явиться на прием для подачи заявления на получение фудстемпов (например, из-за работы, по состоянию здоровья или потому, что Ваши дети могут остаться без присмотра), подать заявление от Вашего имени может другое лицо. Кроме того, Вы можете выслать нам свое заявление по почте, привезти его и оставить в нашем офисе, а при определенных обстоятельствах мы можем провести с Вами собеседование по телефону.

Если Вам необходимо договориться о проведении собеседования по телефону, звоните по номеру _____.

У Вас есть вопросы?

Если у Вас есть вопросы по поводу заполнения анкеты-заявления или прав на получение фудстемпов, звоните по телефону

Помимо бланка анкеты-заявления не забудьте получить следующие памятки:

- «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS-4148A-RU)
- «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU)
- «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах» (LDSS-4148C-RU)

АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	☐ Apply ☐ Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

Имя и фамилия _____ Номер телефона _____ Запасной телефон, по которому с Вами можно связаться _____
Адрес места жительства _____ кв. № _____ город _____ NY почтовый индекс _____
Адрес для переписки (если не совпадает с приведенным выше) _____ кв. № _____ город _____ NY почтовый индекс _____
Другие имя и (или) фамилия _____ Заявление подается на ☐ оформление ☐ переоформление Язык, на кот. Вы хотели бы получать извещения: ☐ испанский и английский ☐ **только** англ.

Перечислите всех проживающих с Вами лиц, включая тех, кто не подает заявление на льготы вместе с Вами. В первую строку впишите свои собственные данные.

	Имя	Отч.	Фамилия	Номер Соц. обеспечения (SSN) лица, подающего заявление на льготы (в случае отсутствия впишите «нет»)	Дата рождения	Семейное положение	Пол (М или Ж)	Подает ли это лицо заявление на льготы?		Кем Вам приходится это лицо	Занимаетесь ли Вы покупкой и (или) приготовлением пищи вместе с этим лицом?		Испаноязыч-ный или латиноаме-риканец?		Проставьте Д (Да) или Н (Нет) во всех клетках, характеризующих расовую принадлежность*				
								Да	Нет		Да	Нет	Да	Нет	I	A	B	P	W
1								✓		я сам(а)	✓								
2																			
3																			
4																			
5	2																		
6																			
7																			
8																			

*Коды расовой или этнической принадлежности: I — американские индейцы или коренные жители Аляски, A — лица азиатского происхождения, B — негры или афроамериканцы, P — коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, W — белые.

Являетесь ли Вы и все проживающие с Вами лица гражданами США? ☐ Да ☐ Нет Если нет, укажите, кто не гражданин _____
Скрываетесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц от правоохранительных органов в связи с обвинением в совершении уголовного преступления либо нарушаете, как установлено судом, условия probation или условно-досрочного освобождения (parole)? ☐ Да ☐ Нет
Были ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц когда-либо лишены права на получение фудстемпов за мошенничество или намеренное нарушение правил программы? ☐ Да ☐ Нет
Оформляете или получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц фудстемпы или Временное пособие в другом месте? ☐ Да ☐ Нет
Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, слепые, нетрудоспособные или беременные? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто именно _____
Являетесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц ветераном вооруженных сил США? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто именно _____
Находитесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц в наркологической лечебнице, общежитии гостиничного типа или квартире, сертифицированных или субсидируемых властями штата? ☐ Да ☐ Нет
Если Вы проходите переоформление документов на получение фудстемпов, перечислите на с. 6 изменения, происшедшие со времени подачи Вашего последнего заявления или переоформления (например, переезд на новое место, рождение ребенка, убытие или прибытие каких-либо лиц).

Мы обязаны принять у Вас заявление, даже если в нем указаны только Ваши имя, фамилия и адрес (при его наличии) и стоит подпись в этой графе.	ЗАЯВИТЕЛЬ /ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ (ПОДПИСЬ)	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
--	---	-----------------

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

Перечислите **ВСЕ** виды доходов — Ваших и всех проживающих с Вами лиц. Доходы включают в себя (но не ограничиваются этим): зарплату; заработки работающих на себя (напр., за присмотр за детьми; за уборку помещений; доход, полученный от постояльца/пансионера); выплаты на содержание детей; пенсии; пособие ветерана вооруженных сил США; пенсию по нетрудоспособности; пособие Соц. обеспечения и Дополнительный Соц. доход (SSI); гранты учащимся на оплату снимаемого жилья или питания; Общественную помощь, а также средства, получаемые от родных или друзей.

Имя и фамилия лица, получающего доход	Источник дохода	Кол-во отработанных за месяц часов	Периодичность поступления дохода (напр., еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)	Общая получаемая сумма до удержаний

Несете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц расходы по уходу за детьми/иждивенцами в связи с трудовой деятельностью или профессиональной подготовкой? ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите, кто именно _____.

Выплачиваемая сумма \$ _____. Периодичность платежей (напр., еженедельно, ежемесячно) _____.

Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, лица, которые за последние 30 дней сменили место работы, уволились или доходы которых (в любой форме) сократились (включая сокращение числа рабочих часов или дохода)? ☐ Да ☐ Нет

Есть ли у Вас или кого-либо из проживающих с Вами лиц не полученный на данный момент потенциальный доход? ☐ Да ☐ Нет Если да, поясните на с. 6.

Получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц Средства на личные нужды (PNA) или Пособие на питание? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто именно _____.

Откладывали ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц часть дохода по условиям Плана достижения материальной независимости («PASS»), утвержденного Администрацией Социального обеспечения? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто именно _____.

Участвуете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц в настоящее время в забастовке? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто именно _____.

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

Какая сумма денег имеется у каждого из подающих заявление лиц? (Напр., при себе, на пенсионном счету, дома, на чековых и сберегательных счетах или в иных местах, включая совместные счета) \$ _____ Кому принадлежит сумма _____.

Имеются ли иные финансовые средства? (Напр., акции, облигации, пенсионные счета, сберегательные облигации, взаимные фонды, персональные пенсионные счета (IRA), трастовые фонды, сертификаты денежного рынка) ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите сумму в долл. \$ _____ тип _____ владелец _____.

Сколько легковых, грузовых или иных транспортных средств имеется у Вас и проживающих с Вами лиц?

№ 1 год выпуска _____ марка _____ модель _____ владелец _____

№ 2 год выпуска _____ марка _____ модель _____ владелец _____

Есть ли у Вас или кого-либо из подающих заявление лиц какая-либо недвижимость, включая Ваше собственное жилье? ☐ Да ☐ Нет

Если да, перечислите _____ владелец _____

Передал ли безвозмездно (перевел на чужое имя, продал) кто-либо из подающих заявление лиц денежные суммы или какое-либо имущество в течение последних трех месяцев с целью получения прав на получение фудстемпов? ☐ Да ☐ Нет

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ

Пометьте галочками клетки всех пунктов, характеризующих Ваше положение и положение проживающих с Вами лиц

☐ Являюсь владельцем жилья или плачу за дом ☐ Снимаю жилье ☐ Мигрант или сезонный с.-х. рабочий ☐ Нет постоянного жилья ☐ Живу у родных или друзей

Перечислите расходы: размер месячной платы за аренду жилья или ипотечного взноса \$ _____

размер годового налога на жилье \$ _____ годовая сумма взносов по страхованию жилья \$ _____.

Платите ли вы отдельно за отопление? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите тип системы отопления: ☐ газовое ☐ электрическое

☐ на жидком топливе ☐ дровяное ☐ угольное ☐ иное (уточните) _____.

№ счета в компании, обеспечивающей отопление _____

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 6.

Перейдите на с. 3

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ (продолжение)

Платите ли вы отдельно за коммунальные услуги (не считая отопления и кондиционирования)? ☐ Да ☐ Нет (напр., за свет, газ на кухне, пользование стиральной и сушильной машинами, сбор бытовых отходов и мусора, водопровод, плата за подключение коммунальных услуг)

Платите ли вы отдельно за кондиционирование воздуха? ☐ Да ☐ Нет

Оплачивает ли кто-то за Вас какие-либо из этих расходов (например, 8-я программа или иная программа субсидий)? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите, кем какие расходы оплачиваются _____.

7

Платите ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц алименты на ребенка по исполнительному листу? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто именно _____

Имена и фамилии детей, на содержание которых выплачиваются алименты _____

Размер платежа \$ _____ Периодичность платежей (например, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц) _____

Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, слепые/нетрудоспособные или лица в возрасте 60 и более лет? Если да, есть ли у этого лица счета за медицинские услуги? ☐ Да ☐ Нет Если да, приведите на с. 6 сведения о том, за какие услуги, в каком размере и кому приходится оплачивать эти счета.

Посещаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц (в возрасте 16 лет и старше) школу или курсы профессиональной подготовки? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите, кто именно _____ учебное заведение (курсы) _____

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 6.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ (FS). Любые сведения, представляемые Вами в связи с Вашим заявлением на получение FS, подлежат проверке должностными лицами фед. ведомств, властей штата и местных учреждений. Если какие-либо сведения окажутся неверными, Вам могут отказать в предоставлении FS. За умышленное представление ложных сведений Вас могут подвергнуть уголовному преследованию.

Вы **никогда** не сможете вновь получать фудстемпы (FS), если Вы вторично признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на FS; **или** признаны в судебном порядке виновным в продаже или получении огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ в обмен на FS; **или** признаны в судебном порядке виновным в незаконном обороте FS на сумму не менее 500 долл.; незаконный оборот включает в себя незаконное использование, передачу, приобретение, подделку (или владение) FS, карточек-удостоверений для их получения или средств доступа к ним; **или** признаны в судебном порядке виновным в третьем намеренном нарушении правил программы (Intentional Program Violation - IPV).

Вы не сможете получать фудстемпы в течение двух лет, если Вы в первый раз признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на FS.

Если Вы совершили ■ первое IPV, Вас лишат FS сроком на один год; ■ второе IPV, Вас лишат FS сроком на два года.

В дополнение к этому суд может лишить Вас FS еще на 18 месяцев. За представление ложных сведений о собственной личности или о месте проживания с целью многократного получения FS Вас лишат права получения FS на десять лет (или **пожизненно** — если это было третье IPV).

Вас могут признать виновным в IPV, если Вы представите ложные или вводящие в заблуждение сведения или извратите, скроете или не представите факты; **или** совершите какое-либо действие, являющееся нарушением федерального закона или закона штата, с целью использования, предъявления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота талонов, карточек-удостоверений для их получения или документов многократного пользования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer - EBT).

Вас могут также подвергнуть штрафу в размере до 250 тыс. долл., тюремному заключению на срок до 20 лет или и тому и другому.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕРКУ СВЕДЕНИЙ. Мне известно, что, подписывая настоящее заявление, я тем самым даю согласие на проведение Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, а также местным отделом социальных служб любых проверок с целью подтверждения представленной мной информации, а также любых других проверок, предпринимаемых этим ведомством в связи с моей просьбой о предоставлении льгот по программе Фудстемпов. Готов(а) представить по требованию ведомства дополнительные сведения. Обязуюсь также оказывать всемерное содействие сотрудникам официальных органов штата и федеральных органов при проверке ими качества работы (Quality Control Review) программы Фудстемпов.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАНДАРТНОМ ПОСОБИИ ДЛЯ ОПЛАТЫ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ (SUA). Мне известно, что получатели FS по объему доходов имеют право получать льготы по программе Пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP). Если я не являюсь абонентом системы автоматических ежегодных платежей HEAP для отдельных категорий получателей FS, я намерен подать заявление на получение льгот HEAP в течение ближайших 12 месяцев. Если я решу не подавать заявление на получение льгот HEAP в течение ближайших 12 месяцев, обязуюсь поставить об этом в известность своего ведущего.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСОБИИ ДЛЯ ОПЛАТЫ ТЕЛЕФОННЫХ УСЛУГ. Мне известно, что получатели фудстемпов, пользующиеся домашним или сотовым телефоном, телефонной карточкой или таксофоном, имеют право на пособие для оплаты телефонных услуг. Если у меня нет расходов на пользование телефоном, обязуюсь поставить об этом в известность своего ведущего.

ИЗМЕНЕНИЯ. Обязуюсь **незамедлительно** ставить ведомство в известность о любых изменениях моего материального положения, доходов, имущества, жилищных условий или места жительства, добросовестно представляя все сведения согласно обязательным для меня требованиям отчетности.

ТРЕБОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ. Мне известно, что для получения в рамках программы Фудстемпов (FS) дополнительных выплат на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, я и проживающие со мной лица обязаны отчитываться об этих расходах. Мне известно также, что для получения в рамках программы FS дополнительных выплат я и проживающие со мной лица должны подавать и документально подтверждать сведения о внесении платы за аренду жилья, выплатах ипотечной ссуды, налогов на недвижимость, страховых взносов, расходах на медицинское обслуживание и выплате алиментов детям, не проживающим с нами совместно. Мне известно, что непредставление сведений об этих расходах и подтверждающих документов будет истолковано как открыто выражаемое мною и проживающими со мной лицами нежелание получить дополнительные выплаты на покрытие тех расходов, относительно которых мною/нами не были поданы сведения и подтверждающие документы. Зачет подобных расходов может дать мне право на получение FS или на увеличение количества выдаваемых мне FS. Мне известно, что я могу подать сведения об этих расходах и подтверждающие документы в любое время в дальнейшем. Упомянутые дополнительные выплаты будут в этом случае включены при начислении FS в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях и учета изменений.

ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. ПОРЯДОК ЗАПРАШИВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN). Согласно Закону о фудстемпах 1977 г. (с поправками и дополнениями, см. Свод законов США — 7 U.S. Code 2011-2036), при сборе сведений для установления прав на получение FS разрешено требовать информацию о SSN всех проживающих совместно лиц. Собираемые нами сведения будут использованы для установления или подтверждения наличия у Вас и проживающих с Вами лиц прав на получение льгот. Мы проведем сверку представленной заявителем информации с помощью специальных компьютерных программ. Эти сведения будут использованы также для надзора за соблюдением требований программы льгот и для обеспечения дальнейшей реализации программы. Представленные сведения будут использоваться для удостоверения личности, проверки данных о доходах от трудовой деятельности и иных источников и для выяснения того, могут ли заявители или получатели льгот получать помощь в денежной или иной форме. Представленные сведения могут передаваться для изучения другим официальным органам штата и федерального уровня, а также представителям правоохранительных органов с целью содействия задержанию скрывающихся от правосудия лиц.

Если Вам нужен SSN, а у Вас его нет, сведения, представленные Вами местным отделам социальных служб, могут быть использованы для оформления Вам SSN.

ГРАЖДАНСТВО И ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС. Будучи осведомлен об ответственности за представление заведомо ложных сведений, настоящим клятвенно подтверждаю, что все представленные мною сведения о моём и проживающих со мною лиц гражданстве и иммиграционном статусе верны и соответствуют действительности. Мне известно, что Служба по делам гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Service) вправе проверить достоверность любых сведений, представленных мною в подтверждение иммиграционного статуса любого из лиц, подающих заявление на предоставление фудстемпов.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ И РАСПИШИТЕСЬ ВНИЗУ (продолжение)

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. В соответствии с федеральным законодательством США и директивами Министерства сельского хозяйства США (USDA), наше ведомство не имеет права дискриминировать людей в зависимости от их расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, пола, возраста, религиозных и политических убеждений или физических недостатков. Жалобы на факты дискриминации следует направлять в USDA в письменном виде по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, телефон (202) 720-5964 (линия для обычной связи и для лиц с недостатками слуха). USDA строго соблюдает принцип равенства возможностей в предоставлении услуг и в трудоустройстве.

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ФУДСТЕМПАМ. Вы имеете право уполномочить лицо, знающее бытовую ситуацию, в которой находитесь Вы и проживающие с Вами лица, подать заявление от Вашего имени на получение для Вас фудстемпов (FS). Если Вы решили назначить такое доверенное лицо, оно должно поставить свою подпись в графе «Подпись» внизу этой страницы. Кроме того, Вы можете уполномочить кого-либо из не проживающих с Вами лиц получать для Вас фудстемпы или покупать на них продукты питания. Если Вы хотите назначить такое доверенное лицо, разборчиво впишите его имя, фамилию, адрес и телефон в оставленное ниже место.

ПРОГРАММА «ЛАЙФЛАЙН» (LIFELINE). Вниманию подающих заявление на получение фудстемпов и получателей фудстемпов: согласны ли Вы, чтобы Офис по временной помощи и по помощи нетрудоспособным передал сведения о Вас (имя и фамилию, адрес и телефон) компании «Verizon», которая может на основе этих сведений автоматически перевести Вас на обслуживание по льготным расценкам своей программы «Лайфлайн»? ☐ Да ☐ Нет

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ. Зная об ответственности за представление заведомо ложных сведений, я заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые представлены или будут представлены мной местным органам социальных служб, соответствуют действительности.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ЕГО ЛИЦА	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ МУЖА (ЖЕНЫ)	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
X		X	10

ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОТ ИМЕНИ ДРУГОГО ЛИЦА КАК ЕГО ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО, РАЗБОРЧИВО ВПИШИТЕ В ЭТИ ГРАФЫ СВОИ ИМЯ, ФАМИЛИЮ И АДРЕС. ВЫ МОЖЕТЕ ТАКЖЕ ПО ЖЕЛАНИЮ ВПИСАТЬ СЮДА НОМЕР СВОЕГО ТЕЛЕФОНА.

Имя и фамилия _____ адрес _____ телефон _____

ЕСЛИ ВЫ ПОМОГАЛИ ДРУГОМУ ЛИЦУ, ТО, ЗАПОЛНЯЯ ЭТУ АНКЕТУ-ЗАЯВЛЕНИЕ, РАЗБОРЧИВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ВПИШИТЕ В ЭТУ ГРАФУ СВОИ ИМЯ, ФАМИЛИЮ И АДРЕС, А ПРИ ЖЕЛАНИИ ТАКЖЕ НОМЕР СВОЕГО ТЕЛЕФОНА.

Имя и фамилия _____ адрес _____ телефон _____

Впишите в эту графу дополнительную информацию:

Имя и фамилия _____ Пояснения:

11

Имя и фамилия _____ Пояснения:

Имя и фамилия _____ Пояснения:

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. Мне известно, что я имею право вновь подать заявление в любое время.

(I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time.)

ПОДПИСЬ (SIGNATURE)

ДАТА (DATE)

Служебные отметки (For Agency Use Only)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: ☐ Social Services District ☐ Provider Agency (can provider agencies determine FS eligibility?)

(Specify) _____

Reason ____/____/____ ☐ Withdrawal ☐ Denial ☐ Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments:

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

☐ **YES** (If you check yes, please complete **VOTER REGISTRATION APPLICATION** at bottom of page)

☐ **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!

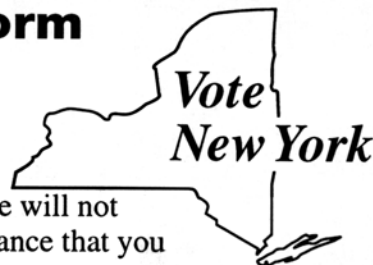
Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

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.

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 *New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109.*

Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; or visit our web site - www.elections.state.ny.us

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.



VOTER REGISTRATION FORM

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

To Register You Must:

- be a U.S. citizen
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: you must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.)
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election.
- not be in jail or on parole for a felony conviction
- not claim the right to vote elsewhere

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

☐ 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

1 Are you a U.S. citizen? Yes ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.		2 I will be 18 years old on or before election day: Yes ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form, unless you will be 18 by the end of the year.		For Board use only!	
3 Last Name First Name Middle Initial Suffix					
4 Address Where You Live (do not give P.O. address) Apt. No. City/Town/Village Zip Code County					
5 Address Where You Get Your Mail (if different from above) P.O. box, star rte., etc. Post Office Zip Code					
6 Date of Birth	7 Sex (circle) M F	8 Home Tel. Number (optional)	9 ID Number - Check the applicable box and provide your number ☐ New York Driver's License Number ☐ Last four digits of your Social Security number ☐ I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.		
10 The last year you voted	Your Address was (give house number, street, and city)		→		
In county/state	Under the name (if different from your name now)				
11 Choose a Party — Check one box only ☐ REPUBLICAN PARTY ☐ DEMOCRATIC PARTY ☐ INDEPENDENCE PARTY ☐ CONSERVATIVE PARTY ☐ WORKING FAMILIES PARTY ☐ OTHER (write in) _____ ☐ I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY			12 AFFIDAVIT: I swear or affirm that • 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 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. ↓ Signature or mark ↓ X _____ Date _____		

Please do not write in this space

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.)

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

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: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only.

Box 12: This application must be signed and dated in ink.