

DEMANDE D'AIDE POUR L'ÉNERGIE DOMESTIQUE

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 en savoir plus sur les types de formats disponibles et comment obtenir un formulaire dans un autre format, reportez-vous aux instructions ci-jointes ou consultez le site : www.otda.ny.gov.

Si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave, souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format ?

Oui **Non**

Si oui, cochez le type de format souhaité :

Gros caractères **CD de données** **CD audio**

Braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous.

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

Demande de prestations au titre du Programme d'aide à l'énergie domestique

Veuillez lire les instructions jointes, au dos du formulaire de demande. Répondez à toutes les questions. Veuillez **écrire clairement en lettres majuscules** et signer le formulaire à la section 9.

Contactez l'agence ci-dessus si vous avez besoin d'aide				Agency Use Only			
				DSS		OFA/Alternate Certifier	
				Date Received		Date Received	
Agency Use Only							
Application Date	Office	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case Number	Registry Number	Vers.
Case Name				<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Heating Eqpt	<input type="checkbox"/> Cooling	
				<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Clean & Tune	<input type="checkbox"/> Other_____	

Section 1 : Informations relatives au demandeur

L'identité sexuelle, l'origine ethnique et la race sont facultatives. Pour l'identité de genre, veuillez utiliser les éléments suivants : homme, femme, non binaire, X, transgenre, préfère ne pas le dire, ou identité différente (veuillez décrire). Pour identifier la race, veuillez utiliser les éléments suivants : Amérindien(ne) ou natif(ve) d'Alaska (I), Asiatique (A), Noir(e) ou Afro-Américain(e) (B), multirace (M), natif(ve) d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique (P), Blanc (W), autre (O).

- Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : _____ Nom de famille : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : Homme Femme X Identité de genre (facultatif) : _____
 Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e)
 Oui Non
 Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____
- Adresse : _____ Comté : _____
 Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
 Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse : _____
- Adresse postale si différente de l'adresse ci-dessus : _____
- Numéro de téléphone en journée : _____ Meilleure heure pour appeler : _____
- Les autres noms sous lesquels j'ai été connu(e) sont : _____
- Avez-vous déjà fait une demande pour bénéficier du programme HEAP ? Oui Non
 Si oui, quelle est la date de votre dernière demande ? _____
- Si un entretien est nécessaire, veuillez indiquer votre préférence : entretien téléphonique entretien en personne
- Quelle langue préférez-vous parler ? _____ Quelle langue préférez-vous lire : _____
- Avez-vous besoin d'un interprète gratuit ? Oui Non
- Est-ce que vous, ou une personne vivant sous votre toit, bénéficiez ou avez récemment bénéficié du Programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP) ou de l'Assistance temporaire (TA) ? Oui Non Si oui, qui ? _____
 Numéro de dossier : _____
- Un membre du ménage est-il handicapé ou aveugle ? Oui Non Si oui, qui ? _____
- Un membre de votre foyer est-il un ancien combattant ? Oui Non Si oui, qui ? _____

Section 2 : Informations sur le foyer

Dressez la liste des personnes qui vivent avec vous : Joignez des feuilles supplémentaires si nécessaire. L'identité sexuelle, l'origine ethnique et la race sont facultatives. Pour l'identité de genre, veuillez utiliser les éléments suivants : homme, femme, non binaire, X, transgenre, préfère ne pas le dire, ou identité différente (veuillez décrire). Pour identifier la race, veuillez utiliser les éléments suivants : Amérindien(ne) ou natif(ve) d'Alaska (I), Asiatique (A), Noir(e) ou Afro-Américain(e) (B), multirace (M), natif(ve) d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique (P), Blanc (W), autre (O).

Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : ___ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme X Identité sexuelle (facultatif) : _____ Lien avec le (la) demandeur(se) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e) Oui Non

Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____

Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : ___ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme X Identité sexuelle (facultatif) : _____ Lien avec le (la) demandeur(se) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e) Oui Non

Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____

Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : ___ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme X Identité sexuelle (facultatif) : _____ Lien avec le (la) demandeur(se) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e) Oui Non

Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____

Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : ___ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme X Identité sexuelle (facultatif) : _____ Lien avec le (la) demandeur(se) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e) Oui Non

Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____

Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : ___ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme X Identité sexuelle (facultatif) : _____ Lien avec le (la) demandeur(se) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e) Oui Non

Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____

Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : ___ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme X Identité sexuelle (facultatif) : _____ Lien avec le (la) demandeur(se) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Citoyen(ne)/ressortissant(e) américain(e) ou non-citoyen(ne) qualifié(e) Oui Non

Ethnicité : Origine hispanique, latino-américaine ou espagnole (facultatif) Oui Non Race : (facultatif) _____

Nombre total de membres dans le foyer : _____

Section 3 : Informations sur le logement

1. Cochez la case qui décrit le mieux votre situation de logement

Propriétaire

- Maison individuelle ou maison préfabriquée
 Logement collectif : répertoriez le nombre d'unités _____
 Coopérative d'habitation/copropriété
 Domaine viager/utilisation viagère

Locataire

- Maison privée, appartement ou maison préfabriquée

Loyer subventionné

- Logement privé subventionné
 Ensemble de logements publics ou logement pour personnes âgées
 Logement public subventionné

Autre

- Je vis avec quelqu'un d'autre et je partage les frais
 Je loue une chambre
 Je loue une chambre en pension complète
 Hôtel/motel permanent
 Autre situation de vie : _____

2. Mon loyer mensuel ou mon paiement hypothécaire s'élève à : _____ \$ Aucun
3. Le cas échéant, indiquez le nom de l'immeuble ou du complexe résidentiel dans lequel vous vivez : _____

Section 4 : Informations relatives au chauffage et aux services publics

1. Payez-vous le chauffage ? Oui – Veuillez compléter les informations ci-dessous Non

Ma principale source de chauffage est :

- Gaz naturel Fioul Électrique Charbon ou maïs
 Bois/granulés de bois Kérosène Propane ou gaz en bouteille Autre _____

Ma cuve à fioul est : Cuve individuelle Cuve avec compteur

La facture de chauffage est-elle à votre nom ? Oui Non

Si non, nom sur la facture : _____ Lien avec vous : _____

Êtes-vous directement responsable du règlement de la facture ? Oui Non

Votre numéro de compte auprès de l'entreprise de chauffage est : _____

Nom de votre entreprise de chauffage : _____

Adresse de votre entreprise de chauffage : _____

2. Payez-vous une facture d'électricité séparée pour les services publics autres que le chauffage ?
 Oui – Veuillez compléter les informations ci-dessous Non

La facture d'électricité est-elle à votre nom ? Oui Non Si non, quel est le nom sur la facture : _____

Votre numéro de compte auprès de la compagnie d'électricité est : _____

Nom de votre compagnie d'électricité : _____

Adresse de votre compagnie d'électricité : _____

L'électricité est-elle nécessaire pour faire fonctionner la chaudière ? Oui Non

L'électricité est-elle nécessaire pour faire fonctionner le thermostat de votre appartement ? Oui Non

3. Le chauffage est-il compris dans votre loyer ? Oui Non
4. L'électricité est-elle comprise dans votre loyer ? Oui Non

Section 5 : Revenus du foyer

Fournissez des informations concernant les revenus de tous les membres du ménage, y compris vous-même, pour le mois précédent. Le demandeur doit fournir une preuve de ses revenus. Le demandeur peut attester les informations relatives aux revenus pour le compte des autres membres du ménage. La source de revenus inclut le nom de l'employeur, la sécurité sociale, la pension d'invalidité de la sécurité sociale, la pension alimentaire pour enfant, les revenus locatifs, le chômage, etc. La fréquence correspond à la fréquence à laquelle vous êtes payé : chaque semaine, une fois par mois, tous les quinze jours, etc. Le montant brut est le montant qui vous est versé avant toute déduction. Si vous bénéficiez de Medicare, veuillez saisir le montant brut et indiquer les montants payés pour la partie B et/ou D.

Nom de la personne bénéficiaire	Source de revenus	Fréquence	Montant brut	Medicare partie B et/ou D
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$	_____ \$

Votre foyer compte-t-il une ou plusieurs personne(s) de 18 ans ou plus qui ne perçoit **aucun** revenu d'aucune sorte ?

Oui Non

Si oui, indiquez tous les membres sans revenus : _____

Votre foyer compte-t-il un ou plusieurs étudiant(e)(s) suivant des études supérieures, et dont vous assumez la charge à plein temps ? Oui Non

Si oui, répertoriez les membres : _____

Section 6 : Autres sources de revenus

1. Percevez-vous des revenus locatifs ? Oui Non Si oui, quel est le montant mensuel brut ? _____ \$

2. Percevez-vous des revenus pour la location d'une chambre/pension complète ? Oui Non

Si oui, quel est le montant mensuel brut ? _____ \$

3. Percevez-vous des revenus d'une activité indépendante ? Oui Non Type d'activité ? _____

Dans l'affirmative, vous pouvez choisir de faire calculer votre revenu locatif et/ou votre revenu dans le cadre d'une activité indépendant sur la base de votre déclaration d'impôt fédéral pour l'année en cours ou l'année précédente si vous n'avez pas encore déposé de déclaration pour l'année en cours, y compris toutes les annexes applicables, ou sur la base des trois (3) mois précédant la date de votre demande.

Veillez choisir une méthode de calcul : Déclaration d'impôts fédérale remplie Trois mois

4. Votre ménage a-t-il perçu des intérêts ou des revenus d'investissement provenant de comptes d'épargne, de chèques, de certificats de dépôt, de comptes du marché monétaire, d'actions, d'obligations, de titres ou de distributions d'IRA, de 401K, d'annuités, etc. ? Oui Non Si oui, veuillez l'indiquer ci-dessous. Indiquez chaque compte séparément.

Type de compte	Montant reçu depuis le début de l'année	Nom de la banque/source du dividende ou de la distribution
_____	_____ \$	_____
_____	_____ \$	_____
_____	_____ \$	_____

5. Percevez-vous d'autres revenus provenant d'une autre source ? Oui Non

Source : _____ Qui est le (la) bénéficiaire ? _____ Quel est le montant mensuel brut ? _____ \$

Section 7 : Remarques importantes

Avis important

Veuillez noter que la somme totale allouée pour le paiement des prestations de l'HEAP est limitée. Une fois que les fonds disponibles sont épuisés, aucune prestation ne sera versée. Il est donc fortement recommandé de remplir et d'envoyer votre demande dès que possible.

Loi sur la protection de la vie privée – Notification aux clients

La loi sur la protection de la vie privée en vigueur depuis le 1^{er} septembre 1984 nous impose de vous informer de l'utilisation qui est faite par l'État de vos données privées et de celles de votre famille. Ces informations sont utilisées pour établir votre éligibilité au programme d'aide pour l'énergie domestique et, le cas échéant, dans le montant des allocations. Nous collectons des informations vous concernant conformément au droit qui nous est conféré par la section 21 de la législation relative aux services sociaux (Social Services Law). Pour nous assurer que vous et votre famille recevez toute l'aide à laquelle vous pouvez légalement prétendre, nous croisons les informations que vous nous avez fournies avec d'autres sources, afin d'en savoir plus. Par exemple :

- Nous pouvons ainsi vérifier si vous-même ou un membre de votre foyer avez travaillé. À cette fin, et dans l'optique de nous assurer du salaire que vous avez perçu le cas échéant, nous envoyons votre nom et votre numéro de sécurité sociale au Département des impôts et des finances de l'État de New York, ainsi qu'à des employeurs connus.
- Nous pouvons demander aux services de l'État de vérifier auprès de sa Division de l'assurance-chômage si vous ou un membre de votre foyer avez perçu des allocations chômage.
- Nous pouvons vérifier auprès des banques tout revenu que vous ou l'un des membres de votre foyer pourriez avoir perçu.

Outre l'utilisation des informations que vous avez fournies dans cette demande, l'État utilise également ces informations pour établir des statistiques sur toutes les personnes bénéficiant d'une aide à l'énergie domestique. Ces informations servent pour la planification et la gestion du programme. 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. Si vous ne nous fournissez pas les informations dont nous avons besoin, nous risquons de ne pas pouvoir établir si vous êtes éligible à cette aide et donc de refuser votre demande. Ces renseignements sont conservés par le Commissaire, Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. **Merci de ne pas envoyer votre demande à cette adresse.**

Section 8 : Représentant(e) autorisé(e)

Vous avez la possibilité de mandater une personne qui connaît les conditions de votre foyer en tant que représentant(e) autorisé(e). Votre représentant(e) autorisé(e) a le pouvoir de : renseigner et déposer votre demande d'HEAP, contacter l'agence et s'entretenir avec votre agent, accéder aux informations liées à l'admissibilité de votre dossier, remplir tous les formulaires en votre nom, fournir les documents requis, faire appel aux décisions de l'agence. Vous devez signer la présente demande. La désignation de (la) représentant(e) autorisé(e) restera en vigueur pour l'année du programme HEAP en cours, à moins que vous ne la révoquiez. Chaque année du programme HEAP, il vous sera demandé si vous souhaitez désigner un(e) représentant(e) autorisé(e).

Je souhaite désigner un(e) représentant(e) autorisé(e). Oui – Complétez les informations ci-dessous Non

Nom de (la) représentant(e) autorisé(e) : _____

Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____

Section 9 : Consentement et signature

Informations importantes à lire ci-dessous :

Je jure et/ou j'affirme que les informations fournies dans la présente demande sont exactes et correctes. J'ai conscience que toute fausse déclaration ou déformation de la réalité faite sciemment dans le cadre de cette demande de l'aide HEAP et des échanges qui suivront peut entraîner ma non-éligibilité à l'allocation d'aide perçue par moi ou en mon nom. De plus, toute fausse déclaration ou présentation erronée des faits que j'ai faite sciemment faite sciemment dans le but d'obtenir l'aide prévue par ce programme me rend passible de poursuites pouvant entraîner des sanctions civiles et/ou pénales.

Consentement

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 à toute autre enquête diligentée par une agence gouvernementale agréée en relation avec cette demande ou toute autre demande liée aux allocations du Programme d'aide à l'énergie domestique (HEAP). Je consens également à ce que les informations fournies dans la présente demande soient utilisées pour orienter les personnes vers les programmes d'aide à l'isolation thermique et les programmes pour les personnes à faibles revenus 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, y compris sans y être limité : ma consommation énergétique, 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), au district de services sociaux (Social Services District) local et 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 pour l'énergie domestique des foyers à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

Pour obtenir l'HEAP : vous devez avoir répondu à toutes les questions, et votre demande doit être signée et datée ci-dessous.

Nom (en lettres majuscules) _____

Signature _____ Date : _____

Nom de la personne qui vous a aidé, le cas échéant : _____ Numéro de téléphone : _____

Agency Use Only			
Application Type: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
Identity of Household Members			
Household Member's Name		Documentation	
Is anyone in the household vulnerable? <input type="checkbox"/> Under age 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled Who: _____ Documentation: _____			
Residence – Check type of documentation obtained			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address		<input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill	
<input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address		<input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy	
<input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address		<input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____	
Income Documentation/Calculation			
Categorically Income Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI			
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. Show all calculations. Use next page if necessary.			
Gross Bi-Weekly Income x 2.166666 Gross Weekly Income x 4.333333			
Total Monthly Income \$			
<input type="checkbox"/> Separate Heat (check one)		<input type="checkbox"/> Heat Included in Rent	
<input type="checkbox"/> Oil	<input type="checkbox"/> Kerosene	<input type="checkbox"/> LP Gas	<input type="checkbox"/> Natural Gas
<input type="checkbox"/> Wood	<input type="checkbox"/> Wood Pellets	<input type="checkbox"/> Coal/Corn	<input type="checkbox"/> PSC Electric
<input type="checkbox"/> Municipal Electric		<input type="checkbox"/> Payment to Household	
		<input type="checkbox"/> Payment to Utility	
Interview Completed: <input type="checkbox"/> Yes, Date _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
<input type="checkbox"/> Application compared to previous information			
<input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified How: _____			
Pended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Pend Start Date:	Pend End Date:
<input type="checkbox"/> Approved, Benefit \$		<input type="checkbox"/> Denied, Reason	
Certifying Agency			
Worker's Signature		Date:	
Supervisor's Signature		Date:	

Agency Use Only

Notes and Income Calculation

Federal Reporting Status of Home Energy Service

The household has one or more of the following - Check all that apply

- A disconnect notice. Company Name: _____
- Disconnection from service. Company Name: _____
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: _____
- Less than a 10-day supply of fuel. Company Name: _____
- Out of fuel. Company Name: _____
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement.
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

Consentement pour le retrait de votre demande

Ne signez ici que si vous souhaitez retirer votre demande et ne pas solliciter le programme HEAP.

Je consens à retirer ma demande.

Signature _____

Je comprends que je peux déposer une nouvelle demande pour bénéficier du programme HEAP à tout moment au cours de la période de dépôt des demandes.

Programme d'aide pour l'énergie domestique (HEAP) de l'État de New York

Instructions pour bien remplir la demande

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave et que vous avez besoin de cette demande ou ces instructions dans un autre format, vous pouvez vous adresser à votre district de services sociaux (social services district, SSD). Les formats suivants sont disponibles :

- gros caractères ;
- format données (fichier électronique accessible par lecteur d'écran) ;
- format audio (une transcription audio des instructions ou des questions de la demande) ; et
- braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous.

Les demandes et les instructions peuvent également être téléchargées en gros caractères, en format de données et en format audio à l'adresse otda.ny.gov. Veuillez noter que les demandes sont disponibles en format audio et en braille uniquement à titre informatif. Pour postuler, vous devez présenter une demande au format écrit non alternatif.

Si vous avez des handicaps qui vous empêchent de remplir cette demande et/ou d'attendre pour un entretien, veuillez en informer votre SSD. Le SSD fera tout son possible pour fournir des ajustements raisonnables pour répondre à vos besoins.

Si vous avez besoin d'autres adaptations ou d'assistance pour remplir cette demande, veuillez contacter votre district de services sociaux. Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir de manière professionnelle et respectueuse.

Autres formats :

Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave et souhaitez recevoir des informations écrites dans un autre format. Si oui, veuillez cocher le type de format que vous souhaitez. Les autres formats disponibles sont : gros caractères, CD de données, CD audio ou braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous. Si vous avez besoin d'autres adaptations ou d'assistance pour remplir cette demande, veuillez contacter votre district de services sociaux.

Informations importantes sur le calendrier du programme

Les allocations HEAP sont disponibles uniquement lorsque le programme est ouvert. Les dates d'ouverture et de clôture des demandes sont redéfinies chaque année. Les dates d'attribution des allocations ordinaires et de celles d'urgence peuvent être différentes. Pour connaître les dates d'ouverture et de clôture du programme de cette année, consultez le site Internet de l'OTDA : otda.ny.gov ou appelez le numéro gratuit : 1-800-342-3009.

Instructions pour bien remplir la demande :

Complétez les sections 1 à 9 et répondez à toutes les questions.

Qui doit remplir et signer la présente demande ?

La présente demande doit être remplie par la personne directement responsable du paiement des factures de chauffage ou par le locataire principal si les frais de chauffage sont compris dans la location.

Quelle adresse dois-je indiquer ?

Votre adresse actuelle. Il doit s'agir de votre lieu de résidence principale et permanente.

Pourquoi dois-je fournir le numéro de téléphone auquel je suis joignable en journée ?

Il est important que vous fournissiez un numéro de téléphone auquel nous pouvons vous joindre. Cela nous permettra de ne pas perdre de temps dans le traitement de votre demande si des informations supplémentaires sont requises.

Devrais-je me soumettre à un entretien ?

Pour certains demandeurs, un entretien peut être nécessaire. Vous avez le choix entre un appel téléphonique ou un rendez-vous en personne. Veuillez indiquer votre préférence pour l'entretien dans la section 1. Pour certains demandeurs, un entretien peut être nécessaire.

Qui dois-je mentionner dans la liste des membres du ménage ?

Mentionnez toutes les personnes qui vivent chez vous, même si elles n'ont pas de lien de parenté avec vous ou si elles ne contribuent pas financièrement au fonctionnement du foyer. L'administration pourra vous demander de fournir une preuve d'identité pour tous les membres de votre foyer. Indiquez votre nom en premier dans la section 1. Tous les autres membres du ménage doivent être mentionnés à la section 2. Si votre foyer compte plusieurs membres, veuillez joindre une feuille séparée. Si vous vivez seul(e), passez à la section 3.

Identité de genre (facultatif) :

L'État de New York garantit votre droit d'accéder aux allocations et/ou aux services de l'État indépendamment du sexe, de l'identité ou de l'expression de genre. Vous devez indiquer votre sexe et celui de tous les membres du ménage (homme, femme ou X). Le sexe que vous indiquez ici doit être le même que celui qui figure actuellement dans les dossiers de l'Administration de la sécurité sociale des États-Unis. Le sexe que vous déclarez est nécessaire pour traiter votre demande. Il n'apparaîtra sur aucune carte d'allocation que vous pourriez recevoir ou sur tout autre document public.

L'identité de genre est la façon dont vous vous percevez et comment vous vous décrivez. Votre identité de genre peut être identique ou différente de votre sexe attribué à la naissance. L'identité de genre n'est pas requise pour cette application. Si votre identité de genre, ou l'identité de genre de quelqu'un dans votre foyer, est différente du sexe que vous déclarez pour cette personne et que vous souhaitez fournir l'identité de genre de cette personne, indiquez en caractères d'imprimerie « Homme », « Femme », « Non-binaire », « X », « Transgenre », « Ne souhaite pas répondre » ou « Identité différente » dans l'espace prévu à cet effet. Si vous indiquez « Identité différente », vous pouvez choisir de décrire l'identité de genre de cette personne dans l'espace prévu à cet effet.

Informations sur la race/l'origine ethnique (facultatif) :

La fourniture de ces informations est facultative. Elles sont sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues. Nous demandons ces informations pour nous assurer que les allocations sont distribuées sans égard à la race, la couleur ou l'origine nationale. Pour identifier la race, veuillez utiliser les éléments suivants : Amérindien(ne) ou natif(ve) d'Alaska (I), Asiatique (A), Noir(e) ou Afro-Américain(e) (B), multirace (M), natif(ve) d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique (P), Blanc (W), autre (O).

Informations relatives aux citoyen(ne)s/non-citoyen(ne)s :

Pour bénéficier du programme HEAP, un membre de votre foyer doit être un(e) citoyen(ne) américain(e), un(e) non-citoyen(ne) qualifié(e) ou un(e) ressortissant(e) américain(e) non-citoyen(ne). Pour de plus amples informations sur ce qui constitue un(e) non-citoyen(ne) qualifié(e) ou un(e) ressortissant(e) américain(e) non-citoyen(ne), veuillez contacter le service d'assistance téléphonique du Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York au 1-800-342-3009 ou consulter le site Web de l'OTDA à l'adresse suivante otda.ny.gov.

Pourquoi dois-je fournir des numéros de sécurité sociale ?

Vous devez fournir les numéros de sécurité sociale de tous les membres de votre foyer qui en possèdent un. Cette information est contrôlée auprès de l'administration de la sécurité sociale. Si l'un des membres de votre foyer ne possède pas de numéro de sécurité sociale, mais en a fait la demande, merci d'écrire « demandé » dans la case prévue pour le numéro de sécurité sociale. Si l'un des membres de votre foyer ne possède pas de numéro de sécurité sociale, merci d'écrire « néant » dans la case prévue pour le numéro de sécurité sociale. Ces informations peuvent être utilisées dans le cadre de recoupements avec d'autres agences fédérales ou de l'État afin de contrôler l'éligibilité de votre foyer à l'HEAP.

Informations sur le logement :

Veuillez cocher la case correspondant à votre logement.

Situation en matière de chauffage :

Veuillez à répondre aux quatre (4) questions

Comment dois-je compléter la section dédiée aux revenus ? Devrai-je fournir des preuves ?

Indiquez les revenus de TOUS les membres du foyer. Pour toutes les sommes, indiquez le revenu brut avant toute déduction. On entend notamment par déductions (sans s'y limiter) : les impôts sur le revenu, les pensions alimentaires, les saisies-arrêts, l'assurance-maladie et les cotisations syndicales. Vous devez fournir des justificatifs de tous les revenus perçus, y compris ceux liés au travail indépendant et aux revenus locatifs. L'administration pourra vous demander de fournir une preuve pour tout autre revenu. Pour connaître les types de justificatifs acceptés, veuillez consulter la page 15 de ces instructions. N'envoyez pas les originaux des documents : ils ne vous seront pas renvoyés. Votre éligibilité sera déterminée d'après les revenus bruts mensuels de votre foyer, le mois de la demande.

Merci d'indiquer le montant de vos allocations de sécurité sociale avant toute déduction pour Medicare. Indiquez ensuite séparément les sommes que vous payez pour les parties B et/ou D de Medicare. Elles seront déduites de vos revenus.

Indiquez uniquement les intérêts ou parts de dividendes provenant de vos comptes bancaires, certificats de dépôt, actions, obligations ou de tout autre investissement. Indiquez chaque compte séparément. Si vous manquez de place, joignez des feuillets supplémentaires. Indiquez les sommes perçues depuis le début de l'exercice.

Que signifie « représentant(e) autorisé(e) » ?

Un(e) représentant(e) autorisé(e) est une personne qui vous citez dans la Section 8 de votre demande et à qui vous donnez le pouvoir d'agir en votre nom dans le cadre de votre demande d'HEAP. Ce statut de représentant(e) autorisé(e) n'est valable que pour le programme en cours et peut être révoqué par vos soins à tout moment au cours du programme en envoyant une déclaration correspondante à votre district de services sociaux local. Dans la mesure où cette personne sera amenée à fournir des informations en votre nom, il doit s'agir de quelqu'un qui connaît bien votre situation.

Inscription au registre des électeurs (facultatif)

Veuillez joindre votre formulaire d'inscription sur les listes électorales à votre demande. Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales, mais souhaitez l'être, merci de renseigner ce formulaire. Cette démarche n'a aucune incidence sur votre éligibilité à l'HEAP ni sur le montant de l'allocation.

De quoi ai-je besoin pour présenter ma demande ?

Les nouveaux demandeurs devront joindre les documents suivants à leur demande :

- Justificatif d'identité de tous les membres de leur foyer
- Numéro de sécurité sociale valide pour chaque membre du foyer qui en possède un
- Justificatif de domicile
- Une facture de fioul et/ou de service public si vous payez des frais de chauffage ou une attestation indiquant que les frais de chauffage sont inclus dans le loyer
- Justificatifs de revenus pour tous les membres du foyer

Pour connaître les types de justificatifs acceptés, veuillez consulter la page 15 de ces instructions. En outre, les personnes qui présentent une demande pour la première fois devront également passer un entretien ; vous avez le choix entre un entretien par téléphone et un entretien en personne. Toutefois, si vous optez pour un entretien téléphonique, veuillez indiquer un numéro de téléphone valide et le meilleur moment pour vous contacter pour un entretien téléphonique dans la section 1 de votre demande.

Où faire la demande ?

Vous devez déposer votre demande dans le comté où se situe votre résidence actuelle. Vous pouvez déposer votre demande en personne, l'envoyer par courrier à l'adresse tamponnée en haut du formulaire de demande, ou vous adresser aux autres organismes de certification indiqués sur notre site Web : otda.ny.gov.

myBenefits :

Vous pouvez déposer votre demande d'HEAP en ligne en vous rendant à l'adresse mybenefits.ny.gov. Une fois que votre demande d'HEAP a été déposée, vous pouvez suivre l'avancée de son traitement depuis votre compte en ligne sécurisé : mybenefits.ny.gov. Si votre demande est acceptée, l'allocation vous sera versée. Vous pourriez également être éligible à un programme d'aide alimentaire. Vérifiez si vous êtes éligible et faites une demande de SNAP à l'adresse mybenefits.ny.gov. Pour plus d'informations sur l'HEAP et sur les autres programmes de services sociaux, consultez mybenefits.ny.gov.

Comment mon allocation me sera-t-elle versée ?

Si votre demande est acceptée et que c'est vous qui payez le chauffage, votre allocation sera envoyée à votre fournisseur de combustible de chauffage. Votre notification d'éligibilité mentionnera le nom du fournisseur. En cas d'erreur de fournisseur, merci d'en informer immédiatement le district de services sociaux local. Dans certains cas, votre allocation sera versée à votre compagnie d'électricité si vos frais de chauffage sont inclus dans le loyer. La notification que vous recevrez précisera le montant de l'allocation, son mode de versement et la méthode de calcul utilisée.

Les fournisseurs ne sont pas autorisés à faire de livraison avant réception du paiement ou tant que le district de services sociaux local n'en a pas donné l'ordre. Il n'est pas possible de demander des allocations pour des livraisons antérieures de combustible. Si vous avez besoin de combustible avant que votre fournisseur n'ait été payé ou ait reçu la notification requise, vous devez contacter votre district de services sociaux local.

Les allocations HEAP ordinaires constituent une aide ponctuelle pour vos frais de chauffage annuels, mais n'ont pas vocation à remplacer vos propres versements. Vous devez continuer à payer vos factures d'énergie.

Qu'est-ce qu'une urgence HEAP ?

- Vous n'avez plus de combustible ou il vous reste moins d'¼ de cuve de fioul, kérosène ou propane, ou moins de dix (10) jours de réserve, pour tout autre combustible de chauffage livrable.
- Votre chauffage au gaz naturel ou électrique a été coupé ou va bientôt l'être.
- L'appareil de chauffage du demandeur ne fonctionne pas.

Que faire si une situation d'urgence se présente ?

Les allocations HEAP peuvent aider dans les situations d'urgence suivantes :

- Vous n'avez plus de combustible ou il vous reste moins d'un quart de cuve de fioul, kérosène ou propane, ou moins de dix (10) jours de réserve, pour tout autre combustible de chauffage livrable.
- Votre chauffage au gaz naturel ou électrique a été coupé ou va bientôt l'être.
- L'appareil de chauffage du demandeur ne fonctionne pas.

Si vous vous trouvez dans une situation d'urgence et que vous avez déjà demandé votre allocation ordinaire, mais que vous ne l'avez pas reçue, vous devez contacter votre district de services sociaux local après le lancement du programme. Dans la mesure du possible, les allocations HEAP ordinaires sont utilisées en priorité pour répondre à des urgences.

N'attendez pas d'être à court de combustible ou que votre gaz/électricité ait été coupé pour demander de l'aide. Si votre service public a été coupé, votre fournisseur n'est pas tenu de restaurer le service, même si vous êtes éligible au programme HEAP.

Audience équitable :

Lorsque vous remplissez votre demande d'HEAP, vous disposez de certains droits. Vous avez le droit de savoir si votre demande a été acceptée ou refusée dans les trente (30) jours ouvrés à compter de la date de réception de votre demande complétée et signée par l'organisme de certification HEAP.

Même si vous avez reçu le formulaire de demande avant l'ouverture du programme, dans le cadre de nos efforts de sensibilisation, votre demande ne sera pas traitée avant la date d'ouverture du programme. Vous avez le droit de demander un rendez-vous et/ou une audience équitable si vous n'avez pas été informé de la décision concernant votre éligibilité dans les trente (30) jours ouvrés suivant la date de dépôt de votre demande complétée et signée auprès d'un organisme de certification HEAP (ou dans les trente (30) jours ouvrés suivant l'ouverture du programme si l'organisme de certification a reçu votre demande avant l'ouverture du programme).

Si vous souhaitez un rendez-vous, nous vous conseillons de le demander dès que possible. Lors du rendez-vous, s'il est établi que la décision prise n'était pas juste, ou si les éléments d'information que vous apportez permettent de changer la décision, des mesures correctives seront prises.

Si vous souhaitez un rendez-vous, merci de contacter votre district de services sociaux local à l'adresse otda.ny.gov/programs/heap/contacts. Cette page est réservée aux demandes de rendez-vous. Elle ne vous permet pas de demander une audience équitable. Si vous demandez ou avez demandé un rendez-vous, vous pouvez toujours bénéficier d'une audience équitable.

Les politiques et manuels du Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (OTDA) sont disponibles sur le site Web de l'OTDA à l'adresse otda.ny.gov/legal. Ces documents et manuels sont à votre disposition ou à celle de votre représentant pour déterminer si une audience équitable doit être demandée ou pour s'y préparer. De plus, sur demande auprès de votre district de services sociaux local, des politiques et des manuels spécifiques de l'OTDA seront également fournis pour vous aider, vous ou votre représentant.

Si vous habitez n'importe où dans l'État de New York, vous pouvez demander une audience équitable par téléphone, fax, en ligne ou en écrivant à l'adresse ci-dessous :

Téléphone : Le numéro de téléphone gratuit pour les demandes à l'échelle de l'État est le 800-342-3334. Veuillez avoir l'avis à portée de main, le cas échéant, avec vous lorsque vous appelez.

Fax : Envoyez votre demande d'audience équitable au : 518-473-6735

En ligne : Remplissez le formulaire de demande en ligne à l'adresse otda.ny.gov/oah/

Par courrier postal : Pour toute notification, remplissez l'espace prévu à cet effet et envoyez une copie de la notification, ou écrivez au

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

Si vous demandez une audience équitable, l'État de New York vous enverra une notification précisant la date, l'heure et le lieu de l'audience. Vous avez le droit de vous faire représenter par un conseiller juridique, un parent, un ami ou toute autre personne, ou de vous défendre vous-même. Lors de l'audience, votre avocat ou votre représentant aura l'occasion de produire des preuves écrites et orales, mais aussi d'interroger les personnes qui comparaitront à l'audience. Vous avez également le droit de convoquer des témoins qui parleront en votre faveur. Vous devez présenter, lors de l'audience, tous les documents susceptibles d'appuyer votre dossier.

Si vous avez besoin d'une assistance juridique gratuite, vous avez peut-être la possibilité d'en obtenir une en contactant votre société d'assistance juridique locale ou tout autre groupement de juristes. Pour localiser la société d'aide juridique ou le groupement de juristes le plus proche de chez vous, consultez les pages jaunes sous « juristes ».

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Sur demande, vous pouvez également vous procurer gratuitement les copies des documents que votre département de services sociaux local compte produire comme preuves lors de l'audience équitable. Sur demande également, vous pouvez obtenir gratuitement des copies de tous les autres documents contenus dans votre dossier et pouvant vous être utiles lors de l'audience équitable. Pour demander ces documents ou savoir comment faire pour consulter votre dossier, contactez votre district de services sociaux local à l'adresse otda.ny.gov/programs/heap/contacts.

Si vous avez besoin d'un interlocuteur parlant l'espagnol, contactez la ligne d'assistance téléphonique de l'OTDA de l'État de New York au 1-800-342-3009.

D'autres programmes auxquels vous pourriez avoir droit :

Aide à l'intempérisation

Vous pourriez être éligible aux programmes d'aide à l'intempérisation proposés par la Rénovation des logements et de la collectivité de l'État de New York (NYS Homes and Community Renewal, HCR) ou l'Autorité de recherche et de développement en matière d'énergie de l'État de New York (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA). Vous trouverez une liste d'interlocuteurs locaux pour les bénéficiaires de subventions d'intempérisation sur : hcr.ny.gov/weatherization-providers. Pour plus d'informations sur les services d'énergie proposés par la NYSERDA, consultez nyserda.ny.gov. Votre signature sur le formulaire de demande d'HEAP nous autorise à transmettre et échanger des informations avec les programmes d'aide à l'intempérisation en votre nom.

Programme de services publics pour faibles revenus

Vous pouvez également être éligible au programme pour faibles revenus de votre fournisseur de services publics. Votre signature sur le formulaire de demande d'HEAP nous autorise à transmettre et échanger des informations avec votre fournisseur de services publics en votre nom.

Types de documents acceptés

Résidence (où vous vivez actuellement) <ul style="list-style-type: none"> • Quittance de loyer actuelle précisant le nom et l'adresse du locataire et du propriétaire, ou bail avec nom et adresse • Facture d'eau, de traitement des eaux usées, ou relevé d'imposition • Police d'assurance du propriétaire/locataire • Facture de services publics • Relevé/reçus des mensualités de prêt payées, mentionnant l'adresse 	
Identité Vous devez fournir un ou plusieurs des justificatifs ci-dessous pour chaque membre de votre foyer : <ul style="list-style-type: none"> • Permis de conduire • Pièce d'identité avec photo • Passeport des États-Unis ou certificat de naturalisation • Dossier d'hospitalisation/dossier médical • Papiers d'adoption • Dossiers scolaires <p>*Avec ces pièces, il est nécessaire de produire un second justificatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de naissance ou de baptême* • Numéro de sécurité sociale valide* • Déclaration sur l'honneur d'une tierce personne* 	
Numéro de sécurité sociale Vous devez fournir des numéros de sécurité sociale valides pour tous les membres de votre foyer qui en possèdent un.	
Vulnérabilité Vous devez fournir un des justificatifs suivants pour attester de la vulnérabilité de l'un des membres de votre foyer (enfant de moins de 6 ans, adultes de 60 ans ou plus, ou toute personne souffrant d'un handicap) : <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de naissance • Certificat de baptême comportant la date de naissance • Courrier d'allocation de SSA • Passeport • Permis de conduire • Attestation écrite d'éligibilité à des allocations 	
Situation en matière de chauffage Si vous payez une facture de combustible ou de services publics, joignez une copie de votre dernière facture ou une attestation de votre fournisseur. Si vous ne payez pas le chauffage, joignez une quittance de loyer actuelle précisant le nom et l'adresse du locataire et du propriétaire, un bail avec nom et adresse ou une attestation de votre propriétaire déclarant que les frais de chauffage sont inclus dans votre loyer.	
Revenus <ul style="list-style-type: none"> • Fiches de paie des quatre (4) dernières semaines • Si vous travaillez à votre compte, rapports d'activité des trois (3) derniers mois ou déclaration d'impôts fédérale pour l'année en cours, avec toutes les annexes applicables. • Revenus/Dépenses locatifs des trois (3) derniers mois ou déclaration d'impôt fédéral pour l'année en cours, avec toutes les annexes applicables. • Pension alimentaire pour enfant ou pour conjoint • Déclaration fiscale ou relevé bancaire/d'intérêts/de dividendes • Déclaration sur l'honneur du locataire de la chambre/pensionnaire <p>Copie du courrier d'attribution ou correspondance officielle pour les sources de revenus ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sécurité sociale/Revenu complémentaire de sécurité (SSI) • Allocation d'ancien combattant • Retraites • Indemnités pour accident du travail/invalidité • Prestations d'assurance-chômage 	

Les demandes peuvent nécessiter des documents supplémentaires. Vous recevrez une liste séparée des documents à fournir.



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

Rev. 01/2019

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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____	
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <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	
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____				
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Libertarian party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> SAM party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Green party I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none">• I am a citizen of the United States.• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.• I will meet all requirements to register to vote in New York State.• This is my signature or mark on the line below.• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. _____/_____/_____ 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 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.

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 prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- 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

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.
