



تقديم طلب/إعادة إصدار شهادة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)

يمكن استخدام هذا التطبيق فقط لتقديم طلب أو إعادة إصدار شهادة برنامج SNAP

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة وتحتاج إلى هذا الطلب بتنسيق بديل، فيمكنك طلب الحصول على طلب من منطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية بخصوص أنواع التنسيقات المتاحة وكيف يمكنك طلب تطبيق بتنسيق بديل، راجع كتاب التعليمات (LDSS-4826A)، أو www.otda.ny.gov.

إذا كنت كفيفاً أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة، هل ترغب في تلقي إشعارات مكتوبة بتنسيق بديل؟ نعم ___ لا ___
إذا كانت الإجابة بنعم، فتتحقق من نوع التنسيق الذي تريده: ___ طباعة بخط كبير ___ قرص مضغوط للبيانات ___ قرص مضغوط صوتي ___ طريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من التنسيقات البديلة الأخرى لن يكون بنفس القدر من الفعالية بالنسبة لك.
إذا كنت بحاجة إلى مكان إقامة آخر، فيرجى الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

إذا كنت تقدم طلباً فقط أو تعيد إصدار شهادة لبرنامج SNAP، فيمكنك استخدام هذا الطلب. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على مزايا أخرى مثل المساعدة المؤقتة أو مساعدة رعاية الطفل أو مساعدة الطاقة المنزلية أو Medicaid، فيرجى طلب تقديم طلب مختلف.

عند التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه فيه. يجب أن نقبل طلبك إذا كان، على الأقل، يحتوي على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك واحدًا) وتوقيعك. ستحدد هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك.
- يجب عليك إكمال عملية التقديم، بما في ذلك إجراء المقابلة والتوقيع على بيان الشهادة في الصفحة 7 من الطلب/إعادة إصدار الشهادة حتى يتم تحديد أهليتك. إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تقديم المزايا مرة أخرى حتى تاريخ تقديم طلبك.
- يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP والحصول عليه لأفراد الأسرة المؤهلين حتى لو كنت أنت أو بعض أفراد أسرته غير مؤهلين للحصول على المزايا بسبب حالة الهجرة. على سبيل المثال، يمكن للوالدين غير المؤهلين غير المواطنين التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP لأطفالهم والحصول على المزايا لأطفالهم المؤهلين.
- لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP والتأهل له حتى لو كنت قد وصلت إلى الحدود الزمنية للمساعدة المؤقتة.

عند إعادة إصدار شهادة لبرنامج SNAP

- يجب عليك تقديم طلب إعادة الاعتماد الموقع قبل المقابلة.
- إذا فاتتك المقابلة، تقع على عاتقك مسؤولية الاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية لتحديد موعد آخر.

هل تحتاج إلى مزايا برنامج SNAP على الفور؟ قد تكون مؤهلاً للمعالجة السريعة لطلب برنامج SNAP الخاص بك:

إذا كان لدى أسرتك دخل أو موارد سيولة قليلة أو معدومة أو إذا كانت نفقات الإيجار والمرافق الخاصة بك أكبر من ذلك ومواردك السائلة أو إذا كنت مهاجر أو عامل مزرعة موسمي مع دخل أو موارد قليلة أو معدومة عند تقديم الطلب، قد تكون مؤهلاً للحصول على برنامج SNAP خلال 7 أيام تقويمية من تاريخ تقديم الطلب. عندما يتقدم أحد المقيمين في مؤسسة بشكل مشترك للحصول على دخل الضمان الاجتماعي (Social Security Income, SSI) و SNAP قبل مغادرة المؤسسة، فإن تاريخ التقديم المسجل للطلب هو تاريخ تسريح مقدم الطلب من المؤسسة.

أين يمكنك التقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP

إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فيمكنك التقديم عبر الإنترنت على myBenefits.ny.gov، أو الاتصال أو زيارة منطقة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة التي تعيش فيها وطلب حزمة التقديم، والتي يمكن إرسالها بالبريد إلى أو تسليمها إلى ذلك المكتب المناسب. يمكنك الحصول على عنوان ورقم هاتف منطقة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك عن طريق الاتصال بالرقم المجاني **1-800-342-3009**. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك ولا تتقدم أيضًا بطلب للحصول على مساعدة مؤقتة، فيمكنك التقديم عبر الإنترنت على <https://www.nyc.gov/hra>، أو اتصل أو قم بزيارة أي مكتب لبرنامج SNAP واطلب حزمة تقديم الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم **1-718-557-1399** أو الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

تتم عادةً مقابلات برنامج SNAP عبر الهاتف. إذا كنت تفضل إجراء مقابلة داخل المكتب، فيجب عليك طلب إجراء مقابلة من منطقة الخدمات الاجتماعية التي تتبعها.

إشعار بعدم التمييز - وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA) والسياسات، يُحظر استخدام هذه المؤسسة للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الدين العقيدة أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الانتقام بسبب نشاط سابق في الحقوق المدنية. بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة بحروف كبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (داخل الولاية أو المحلية) التي تقدموا فيها بطلب للحصول على المزايا. ويمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق الاتصال مع USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى تمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، من أي مكتب وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق الاتصال بالرقم (833) 620-1071، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى USDA. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (Assistance Secretary for Civil Rights, ASCR) عن طبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخه. ويجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 تم ملؤه إلى:

(1) البريد: Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314؛ أو

(2) الفاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو

(3) البريد: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

تُقدّم هذه المؤسسة فرص قائمة على مبدأ التكافؤ.

الدخل

قم بإدراج **كافة** مصادر دخلك ودخل كل من يعيش معك. يتضمن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الأجور، والدخل من العمل الحر مطروحًا منه تكلفة إنتاج العمل الحر (على سبيل المثال: مجالسة الأطفال والتنظيف والدخل من نزيل أو مستأجر) وإعالة الأطفال والمعاشات التقاعدية واستحقاقات المحاربين القدامى والإعاقاة والضمان الاجتماعي أو SSI والمنح أو المنح الدراسية للإيجار أو الطعام والمساعدة المؤقتة والدخل من الأصدقاء أو الأقارب.

اسم الشخص الذي يحصل على الدخل	مصدر الدخل	ساعات العمل شهرياً	كم مرة يتم استلامها؟ (على سبيل المثال، أسبوعياً أو نصف أسبوعي أو شهرياً)	إجمالي المبلغ المستلم قبل الخصومات

هل تتحمل أنت أو أي شخص يعيش معك تكاليف رعاية الأطفال/المعالين المتعلقة بالتوظيف أو التدريب؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من _____

5

المبلغ المدفوع _____ دولار. عدد مرات الدفع (على سبيل المثال، أسبوعياً، شهرياً) _____
 هل قمت أنت أو أي شخص يعيش معك بتغيير وظائفك أو تركها أو خفض أي شكل من أشكال الدخل خلال الثلاثين 30 يوماً الماضية - بما في ذلك انخفاض ساعات العمل أو الدخل؟ نعم لا
 هل لديك أو لدى أي شخص يعيش معك أي دخل محتمل لم يتم الحصول عليه بعد؟ نعم لا إذا نعم، اشرح ذلك في الصفحة 9.
 هل أنت أو أي شخص يعيش معك يشارك في الإضراب؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____
 هل كنت تعيش أنت أو أي شخص معك في دار رعاية في عيد ميلادك الثامن عشر 18؟ نعم لا
 هل أنت أو أي شخص يعيش معك نزيل أو طفل بالتبني أو بالغ بالتبني؟ نعم لا
 إذا نعم، اختر B للسكن أو F للحاضن واكتب اسمه. B F الاسم: _____

المصادر

المصادر لا تؤثر على أهلية معظم الأسر التي تتقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP. ومع ذلك، يتم استخدام بعض معلومات المصادر لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للمعالجة السريعة لطلبك.

كم من المال يملك كل فرد في منزلك؟ (على سبيل المثال، معك شخصياً؛ في منزلك، في الحسابات الجارية وحسابات التوفير، أو في مواقع أخرى، بما في ذلك الحسابات المشتركة) _____ دولار تعود إلى _____
 الأصول المالية الأخرى؟ (على سبيل المثال، الأسهم والسندات وحسابات التقاعد وسندات الادخار وصناديق الاستثمار المشتركة وحسابات الاستثمار المستقلة وصناديق الانتماء وشهادات سوق المال) نعم لا

6

إذا كانت الإجابة بنعم، المبلغ _____ دولار النوع _____ المالك _____
 كم عدد السيارات أو الشاحنات أو المركبات الأخرى التي تمتلكها أنت أو أي شخص في أسرتك؟ _____
 رقم 1 العام _____ النوع _____ الموديل _____ المالك _____
 رقم 2 العام _____ التصنيع _____ النموذج _____ المالك _____
 هل أنت أو أي شخص يتقدم بطلبك تمتلك أي عقار بما في ذلك منزلك الخاص؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج العقار _____ المالك _____
 هل قام أي شخص يتقدم بطلب ببيع أموال أو ممتلكات أو منحها أو تحويلها في الأشهر الثلاثة الماضية للتأهل لبرنامج SNAP؟ نعم لا

التعليم/التدريب واللغة

أدخل اسم كل شخص متقدم في الأسرة يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكبر بما في ذلك أنت. لكل شخص، ضع علامة "X" في المربع الموجود في قسم "أعلى مستوى تعليمي" باستخدام رموز التعليم والتدريب الموضحة أدناه. اختر خانة واحدة فقط لكل شخص. إذا قمت بإدخال "X" في العمود "0" لشخص ما (يشير إلى أنه ليس لديه شهادة الدراسة الثانوية أو دبلوم معادلة المدرسة الثانوية)، فأدخل أعلى درجة دراسية مكتملة في مربع "أعلى درجة دراسية مكتملة". (على سبيل المثال - إذا كان الشخص في الصف العاشر 10 ضع "9" في مربع "أعلى درجة دراسية مكتملة" فارغًا إذا لم يتم تحديد العمود "0" لشخص في المدرسة الثانوية أو حصل على شهادة معادلة الثانوية العامة.

إضافة إلى ذلك، يرجى تحديد اللغة الأساسية التي يتحدث بها كل فرد في أسرة برنامج SNAP الذي يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكثر. اللغة الأساسية هي اللغة التي يتحدث بها الفرد في أغلب الأحيان.

ما هي اللغة الأساسية التي يتحدث بها الفرد؟	أعلى صف أكملته في المدرسة (انظر المعلومات أدناه)	أعلى مستوى تعليمي* (الرموز المحددة أدناه)							الاسم (الأول والأخير)
		8	5	4	3	2	1	0	
7									

* كودات التعليم والتدريب: 0 - أقل من شهادة الدراسة الثانوية أو ما يعادلها؛ 1 - شهادة الدراسة الثانوية أو شهادة معادلة المدرسة الثانوية؛ 2 - درجة الزمالة (درجة جامعية لمدة عامين)؛ 3 - درجة البكالوريوس (درجة جامعية مدتها 4 سنوات)؛ 4 - درجة الدراسات العليا (الماجستير أو أعلى)؛ 5 - استكمال خطة التعليم الفردية (Individualized Education Plan, IEP)؛ 8 - غير معروف

إن توفير المعلومات المتعلقة بأعلى مستوى تعليمي وأعلى صف دراسي واللغة الأساسية المستخدمة هو أمر طوعي. لن يؤثر على أهلية الأشخاص المتقدمين أو مستوى الإعانة المستلمة. سبب هذه المعلومات هو تلبية متطلبات التقارير الفيدرالية.

ترتيبات المعيشة والنفقات

تحقق من جميع الأوصاف التي تنطبق على أسرته:

امتلاك منزلًا أو دفع ثمن المنزل الإيجار عامل مزرعة مهاجر/موسمي لا يوجد إقامة دائمة العيش مع الأقارب أو الأصدقاء

قائمة النفقات:

الإيجار الشهري أو دفع الرهن العقاري _____ دولار الضريبة على المنزل سنويًا _____ دولار التأمين على المنزل سنويًا _____ دولار.

هل تدفع بشكل منفصل مقابل التدفئة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، حدد نوع التدفئة: الغاز الكهرباء الزيت الخشب الفحم البروبان أخرى (أدرج) _____

اسم شركة التدفئة _____ حساب شركة التدفئة رقم _____

هل تدفع ثمن تكييف الهواء إما في فاتورة الكهرباء الخاصة بك أو كرسوم منفصلة؟ نعم لا

الدفع بشكل منفصل مقابل المرافق (غير التدفئة/التبريد)؟ نعم لا (على سبيل المثال الإضاءة وغاز الطهي والقمامة/النفائبات والمياه والتركييب الأولي للمرافق العامة).

هل يقوم أي شخص آخر بدفع أي من هذه النفقات نيابةً عنك (بعض الأمثلة هي القسم 8 أو برنامج دعم آخر)؟

نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من يدفع ماذا؟ _____

هل أنت أو أي شخص يعيش معك يدفع نفقة طفل قانونية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____

اسم (أسماء) الطفل (الأطفال) الذين يُدفع لهم _____

مبلغ الدفع _____ دولار تكرار الدفعات (على سبيل المثال، أسبوعيًا، نصف أسبوعي، شهريًا) _____

هل أنت و/أو أي شخص يعيش معك معاق أو تبلغ من العمر 60 عامًا على الأقل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____

إذا كان الأمر كذلك، هل لدى هذا الشخص فواتير طبية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر في الصفحة 9 الغرض منها، كم ومن المسؤول عن الدفع.

ترتيبات المعيشة والنققات (تابع)

هل أنت و/أو أي شخص يعيش معك مشترك في برنامج Medicaid ولديه إنفاق؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من _____ المبلغ _____ دولار
هل أنت أو أي شخص يعيش معك (عمره 16 أو 17 عامًا) مسجل في المدرسة أو التدريب؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من _____ اسم المدرسة/البرنامج التدريبي _____
هل أنت أو أي شخص يعيش معك، وعمره بين 18 و49 عامًا، ملتحق بمدرسة أو برنامج تدريبي (فوق المدرسة الثانوية)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ _____
اسم المدرسة/البرنامج التدريبي _____ دوام كامل (Full Time, FT) نعم لا يوجد دخل نعم لا يوجد نفقات نعم لا
هل هناك أشخاص بالغون في الأسرة يبلغون من العمر 16 عامًا أو أكبر (بما في ذلك مقدم الطلب) من: _____
هل أنت حامل؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____
هل لديك أي حالات طبية تحد من قدرتهم على العمل أو نوع العمل الذي يمكنهم القيام به؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____

أجب عن هذه الأسئلة:

هل أنت أو أي شخص يعيش معك تنتهك شرط المراقبة أو الإفراج المشروط أو تهرب لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس لارتكاب جناية وتتم متابعتك بشكل نشط من قبل سلطات إنفاذ القانون؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من _____
هل أنت أو أي شخص يعيش معك ينتهك فترة المراقبة أو الإفراج المشروط وفقًا للمحكمة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من _____
هل تم استبعادك أنت أو أي شخص يعيش معك من الحصول على برنامج SNAP بسبب الاحتيال أو انتهاك البرنامج المتعمد؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من _____
هل تمت إدانتك أو أي شخص يعيش معك بتهمة المتاجرة بمزايا برنامج SNAP مقابل الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات بعد 22 سبتمبر/أيلول 1996؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____
هل تمت إدانتك أنت أو أي شخص يعيش معك بشراء أو بيع مخصصات برنامج SNAP بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أو أكثر، بعد 22 سبتمبر/أيلول 1996؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____
هل تمت إدانتك أنت أو أي شخص يعيش معك بتهمة تلقي مخصصات برنامج SNAP المكررة عن طريق الاحتيال في أي ولاية بعد 22 سبتمبر/أيلول 1996؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن _____

يمكنك استخدام الصفحة 9 إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر أو إذا كانت هناك معلومات أخرى تعتقد أننا قد نحتاجها.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه

تحذير عقوبة (SNAP) - أي معلومات تقدمها في ما يتعلق بطلبك للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) سيحقق منها المسؤولون الفيدراليون والحكوميون والمحليون. إذا كانت هناك أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض طلبك للحصول على برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP). قد تتعرض للملاحقة الجنائية إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن قصد تؤثر في الأهلية أو مقدار الاستحقاقات التي تتلقاها. أي شخص ينتهك شرطاً من شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط أو أي شخص يفر لتجنب الملاحقة القضائية أو الاحتجاز أو الحبس بسبب جناية وتلاحقه هيئة إنفاذ القانون بنشاط يُعد غير مؤهل لتلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP).

إذا تبين أن أحد أفراد الأسرة التي تحصل على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) قد ارتكب انتهاكاً متعمداً للبرنامج (Intentional Program Violation, IPV)، فلن يتمكن هذا الفرد من الحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة:

- 12 شهرًا لأول انتهاك متعمد لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV)؛
- 24 شهرًا للانتهاك المتعمد الثاني (IPV) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)؛
- 24 شهرًا لأول انتهاك متعمد لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV)، استنادًا إلى حكم قضائي بأن الفرد استخدم أو حصل على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في معاملة تتضمن بيع مادة خاضعة للرقابة (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب).
- 120 شهرًا إذا ثبت إدانتك بالإدلاء ببيان كاذب حول هويتك أو المكان الذي تعيش فيه من أجل الحصول على مزايا برنامج SNAP المتعددة في وقت واحد، ما لم يتم استبعادك بشكل دائم للحصول على IPV ثالث. إضافة إلى ذلك، يجوز للمحكمة أن تمنع فردًا من المشاركة في برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) لمدة 18 شهرًا إضافية.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

الاستبعاد الدائم لفرد بسبب:

- الانتهاك المتعمد الأول لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استنادًا إلى ما توصلت إليه المحكمة بخصوص استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو تلقيها في معاملة تتضمن بيع أسلحة نارية أو ذخيرة أو متفجرات؛
- الانتهاك المتعمد الأول لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استنادًا إلى إدانة المحكمة بالإتجار بمعونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بمبلغ إجمالي قدره 500 دولار أمريكي أو أكثر (يشمل الإتجار استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو حيازتها أو تبديلها أو امتلاكها بشكل غير قانوني)؛
- الانتهاك المتعمد الثاني لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP-IPV) استنادًا إلى حكم قضائي بأن فردًا ما استخدم معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو حصل عليها في معاملة تتضمن بيع مواد خاضعة للرقابة. (المخدرات غير المشروعة أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب.)
- جميع الثالثة الانتهاكات المتعمدة لبرنامج SNAP-IPV.

يتم تغريم أي شخص حُكم عليه في جناية بسبب استخدام بطاقات ترخيص برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو أجهزة الوصول أو نقلها أو الحصول عليها أو تبديلها أو حيازتها عن قصد بما يصل إلى 250,000 دولار أمريكي، أو السجن مدة تصل إلى 20 عامًا أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمقاضاة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها.

قد تُعد غير مؤهل لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو مرتكبًا انتهاكًا متعمدًا للبرنامج إذا:

- قدمت بيانات خاطئة أو مضللاً، أو حرّفت الحقائق أو أخفيتهما أو حجبتهما من أجل التأهل للحصول على المعونات أو الحصول على المزيد من المعونات؛
- أو اشتريت منتجًا باستخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) بقصد الحصول على النقود عبر التخلص من المنتج عمدًا وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع؛
- ارتكاب أو محاولة ارتكاب فعل يشكل انتهاكًا للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية بغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو اكتساب أو تلقي أو حيازة أو الاتجار بمزايا برنامج SNAP أو بطاقات التفويض أو المستندات القابلة لإعادة الاستخدام المستخدمة كجزء من نظام تحويل المنافع الإلكتروني (Electronic Benefit Transfer, EBT).

إضافة إلى ذلك، لا يُسمح بما يأتي، وقد يتم استبعادك من تلقي معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) و/أو تخضع لعقوبات بسبب الأعمال التي تشمل:

- استخدام أو حيازة بطاقات التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) التي لا تمتلكها من دون موافقة مالك البطاقة؛
- أو استخدام معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) في شراء مواد غير غذائية، مثل الكحول أو السجائر، أو لدفع ثمن طعام تم شراؤه سابقًا بالائتمان؛
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة تحويل المنافع الإلكترونية (EBT) الخاصة بك مقابل النقود أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات، أو شراء الطعام للأفراد الذين ليسوا أعضاء في أسرة برنامج SNAP.

إذا حصلت على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أكثر مما ينبغي (مدفوعات زائدة)، فيجب عليك سدادها. إذا كان ملفك نشطًا، فسنسترد المبالغ الزائدة من معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) المستقبلية التي ستحصل عليها. إذا تم إغلاق حالتك، فيمكك تسديد الدفعة الزائدة من خلال أي من مزايا برنامج SNAP غير المستخدمة المتبقية في حسابك، أو يمكنك الدفع نقدًا.

في حال تعثرك في سداد مدفوعات زائدة كنت ملزمًا بها، سنُحال هذه المدفوعات إلى التحصيل، بما في ذلك تحصيل الحكومة الفيدرالية إياها آليًا. فقد تُمنع عنك المعونات الفيدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) ومستردات الضرائب التي يحق لك الحصول عليها لسداد هذه المدفوعات الزائدة. وسيخضع الدين أيضًا لرسوم المعالجة.

سيتم استخدام أي معونات من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) حُذفت من حساب التحويل الإلكتروني للمعونات (EBT) الخاص بك لتقليل المدفوعات الزائدة الحالية. وإذا تقدمت بطلب للحصول على معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) مرة أخرى، ولم تُسدد المبلغ المستحق عليك، فستخضع معونات برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) الخاصة بك إذا بدأت في الحصول عليها مرة أخرى. وسيتم إخطارك، في ذلك الوقت، بمقدار المعونات المخفظة التي ستحصل عليها.

الموافقة – أدرك أنه من خلال التوقيع على نموذج الطلب هذا فإنني أوافق على أي تحقيق يجريه مكتب ولاية نيويورك للمساعدة المؤقتة وذوي الإعاقة أو مكتبي الاجتماعي المحلي منطقة الخدمات للتحقق أو تأكيد المعلومات التي قدمتها أو أي تحقيق آخر أجروه فيما يتعلق بطلبي للحصول على مخصصات برنامج SNAP. سالتزم بتقديم أي معلومات إضافية في حال طلبها. وسأتعاون أيضًا مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في مراجعة مراقبة الجودة لبرنامج SNAP.

أدرك أنه من خلال التوقيع على هذا الطلب/الشهادة، فإنني أوافق على إجراء تحقيق للتحقق من المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها وإجراء تحقيق آخر تجريه أي وكالة حكومية معتمدة فيما يتعلق بمزايا برنامج مساعدة الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance Program, HEAP). أوافق أيضًا على السماح باستخدام المعلومات الواردة في هذا الطلب في الحالات التي برامج التكيف مع العوامل الجوية، وبرامج الأسر منخفضة الدخل الخاصة بشركة المرافق التي أتعامل معها. وأفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلامي لمزايا برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) مع موردي خدمات الطاقة المنزلية المعنيين بي. يتضمن هذا التصريح أيضًا السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما يتضمن شركة المرافق) بنشر معلومات إحصائية معينة، بما يتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، استخدامي السنوي للكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وسجل الدفع إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز، ومنطقة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

الموافقة على الإفصاح عن معلومات التأمين ضد البطالة السرية (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI) – أفوض وزارة العمل (Department of Labor, DOL) بولاية نيويورك بالإفصاح عن أي معلومات سرية تحتفظ بها الإدارة لأغراض التأمين ضد البطالة لمكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) في ولاية نيويورك. تتضمن هذه المعلومات مطالبات استحقاقات التأمين ضد البطالة (UI) وسجلات الأجور. أفهم أن OTDA، إلى جانب موظفي الولاية والوكالة المحلية العاملين في مكاتب مناطق الخدمات الاجتماعية سيستخدمون معلومات التأمين ضد البطالة لإثبات الأهلية أو التحقق منها وتحديد مقدار استحقاقات SNAP التي تم تقديمها في هذا الطلب، ولإجراء التحقيقات اللازمة لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت أي استحقاقات لم أكن مستحقًا لها.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

موافقة المقيمين في هيئة الإسكان في مدينة نيويورك على مشاركة المعلومات – إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على معونة في مدينة نيويورك، فستسمح هذه الموافقة لهيئة الإسكان في مدينة نيويورك (New York City Housing Authority, NYCHA) بمشاركة معلوماتك مع معونة إدارة الموارد البشرية/إدارة الخدمات الاجتماعية في مدينة نيويورك (Human Resources Administration, HRA) لمساعدتك أنت وأسرته في التقدم بطلب للحصول على المعونة بموجب برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، و/أو لمعونة HRA النقدية، والتي قد تشمل دفع متأخرات الإيجار.

إذا قمت بالتوقيع على هذا الطلب أدناه، فقد تشارك NYCHA مع HRA المعلومات ذات الصلة بأهليتك للحصول على مستوى برنامج SNAP و/أو مزايا المساعدة النقدية بما في ذلك اسمك وعنوانك وتاريخ ميلادك ومعلومات دفع الإيجار والمرافق (مثل الإيجار الشهري) المبلغ وتاريخ دفع الإيجار ورسوم الأجهزة). بالإضافة إلى ذلك، من خلال التوقيع على هذا الطلب أدناه، فإنك تقر بأن لديك سلطة الموافقة نيابة عن الأطفال القصر المدرجين في هذا الطلب وتفوض هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) بمشاركة اسم هذا الطفل وعنوانه وتاريخ ميلاده مع إدارة الموارد البشرية (HRA).

ستحافظ إدارة الموارد البشرية (HRA) على سرية أي معلومات تشاركها هيئة الإسكان في مدينة نيويورك (NYCHA) ولا يجوز لها مشاركة المعلومات إلا مع الوكالات المحلية والولاية والفيدالية التي تشرف على برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) وإدارة الموارد البشرية (HRA) وبرامج مزايا المعونة النقدية.

الإفصاح عن السجلات التعليمية – أُنح الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية في مدينة نيويورك للحصول على السجلات التعليمية الخاصة بي و/أو طفلي (أطفالي) القاصرين للأغراض التالية: 1) التحقق من أهليتي للحصول على SNAP، 2) إجراء المراجعات أو التحقيقات التي تنتج عن المعلومات المتضاربة المقدمة كجزء من عملية الأهلية، و3) إثبات وصول الوكالة الحكومية الفيدرالية المناسبة إلى هذه المعلومات لغرض التدقيق الوحيد.

الإفصاح عن المعلومات إلى مقدمي الخدمات – أُنح الإذن لمنطقة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بمشاركة المعلومات المتعلقة باستحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية التي تلقيتها أنا أو أي فرد من أفراد أسرتي ممن يمكنني منحهم تصريحاً قانونياً، وذلك لأغراض التحقق من أهليتي للحصول على الخدمات وعمليات الدفع المتعلقة بإدارة البرنامج التي تقدمها الولاية أو المتعهد المحلي. قد تشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التوظيف أو التدريب المقدمة لمساعدتي أو مساعدة أفراد أسرتي في الحصول على عمل والاحتفاظ به.

معلومات بدلات المرافق القياسية (STANDARD UTILITY ALLOWANCE, SUA) – أفهم أن المستفيدين من برنامج المعونة الغذائية التكميلية مؤهلون بشكل قاطع لبرنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP). وأفهم أيضاً أنني إذا لم أحصل على استحقاق برنامج الإعانة على دفع تكاليف الطاقة المنزلية (HEAP) التي تزيد عن 20 دولاراً في الشهر الحالي أو الـ 12 شهراً السابقة أو استحقاقات معونة تكاليف الطاقة المماثلة، فستعين عليّ دفع قيمة خدمة التدفئة أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن إيجاري من أجل الحصول على إعانة المرافق القياسية للتدفئة/التبريد.

التغييرات – أوافق على إبلاغ الوكالة بسرعة بأي تغيير في احتياجاتي، ودخلي، وممتلكاتي، وترتيبات معيشتي، وحالة البالغين القادرين على العمل بدون معالين (able-bodied adult without dependents, ABAWD) بما في ذلك ما إذا كان ساعات العمل تقل عن 80 ساعة شهرياً أو حالة الحمل أو العنوان على حد علمي أو اعتقادي وفقاً لمتطلبات إعداد التقارير الخاصة بي.

متطلب الإبلاغ/التحقيق من نفقات الأسرة – أدرك أنه يجب على أسرتي الإبلاغ عن نفقات رعاية الأطفال والمرافق من أجل الحصول على خصم برنامج SNAP لهذه النفقات. وأفهم أيضاً أنه يتعين على أسرتي الإبلاغ عن مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري وضرائب الممتلكات والتأمين والنفقات الطبية وإعالة الطفل المدفوعة إلى فرد من غير أفراد الأسرة والتحقق منها كذلك من أجل الحصول على خصم لهذه النفقات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية. أفهم أنه سيُنظر إلى عدم الإبلاغ عن/مصادقة النفقات المذكورة أعلاه أنه بيان من قبل أسرتي بعدم رغبتها في الحصول على خصم لهذه النفقات غير المبلغ عنها/غير المصادقة. وقد يؤهلني الخصم على هذه النفقات لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو قد يزيد من استحقاقاتي التي أحصل عليها من البرنامج. أفهم أنه يمكنني الإبلاغ عن هذه النفقات/مصادقتها في أي وقت في المستقبل. وسيتم بعد ذلك تطبيق الخصم على عملية حساب استحقاقات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في الأشهر المقبلة، وفقاً لقواعد الإبلاغ عن التغيير وتغييرات المعالجة.

عند التقدم بطلب للحصول على SNAP، أفهم أن منطقة الخدمات الاجتماعية ستطلب وتستخدم المعلومات المتاحة من خلال نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقيق في طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات اتصال مرافقة في حال اكتشاف وجود تناقضات فيها. وأفهم أيضاً أن هذه المعلومات قد تؤثر في أهليتي لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو مستوى الاستحقاقات التي أحصل عليها من خلاله أو كليهما معاً.

بيان قانون الخصوصية – جمع أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) واستخدامها – يُصرح بجمع أرقام الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد الأسرة بخصوص استحقاقات SNAP وفقاً لقانون الغذاء والتغذية لعام 2008. ستستخدم المعلومات التي نجعلها لتحديد ما إذا كانت أسرتك مؤهلة أو لا تزال مؤهلة للحصول على المعونة أو الاستحقاقات. سنتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة باستخدام الكمبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لرصد الامتثال للوائح التنظيمية للبرنامج وإدارته. قد يُفصح عن هذه المعلومات للوكالات الحكومية والفيدالية الأخرى لفحصها رسمياً ولموظفي إنفاذ القانون بغرض ضبط الأشخاص الفارين من إنفاذ القانون. وستستخدم المعلومات للتحقق من الهوية والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب.

إذا نشأت مطالبة ببرنامج SNAP ضد أسرتك، فقد تتم إحالة المعلومات الواردة في هذا الطلب، بما في ذلك جميع أرقام الضمان الاجتماعي SSN إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية، بالإضافة إلى وكالات جمع المطالبات الخاصة، لاتخاذ إجراءات جمع المطالبات. يجب على أي شخص يتقدم بطلب للحصول على SNAP تقديم رقم الضمان الاجتماعي SSN. سيتم أيضاً استخدام أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بالأعضاء غير المؤهلين والكشف عنها بالطريقة المذكورة أعلاه. إذا لم يكن لديك أنت أو أي شخص يتقدم بطلب/يعيد الاعتماد رقم SSN فيجب تقديم طلب للحصول على رقم SSN لدى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA.gov).

إلى جانب استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، تستخدم الولاية أيضاً المعلومات لإعداد إحصائيات حول جميع الأشخاص الذين يتلقون مزايا من برنامج مساعدة الطاقة المنزلية. تُستخدم الولاية المعلومات لمراقبة الجودة من أجل ضمان أن المناطق المحلية تقوم بأفضل عمل ممكن. وتستخدم للتحقق من هوية مورد الطاقة الخاص بك ولإجراء مدفوعات معينة لهؤلاء البائعين.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

حالة الجنسية/ الهجرة - أقسم و/أو أكد تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات التي قدمتها إن ما قدمته عن حالة المواطنة والهجرة الخاصة بي وكل من يعيش معي صحيح وصحيح. أدرك أن أي معلومات أقدمها للتحقق من حالة الهجرة لأي شخص يتقدم بطلب للحصول على برنامج SNAP قد يتم التحقق من صحتها من خلال خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية.

9

بالنسبة إلى SNAP، يجب توثيق الجنسية فقط في حالة الشك.

الممثل المعتمد - يمكنك تفويض شخص يعرف ظروف أسرتك لتقديم طلب SNAP لك. يمكنك أيضًا تفويض شخص من خارج أسرتك للحصول على بطاقة EBT لممثل معتمد لشراء الطعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فعليك القيام بذلك كتابةً. يمكنك القيام بذلك عن طريق طباعة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه أدناه. عندما يقوم ممثل معتمد بتقديم طلب نيابة عن أسرة برنامج SNAP التي لا تقيم في مؤسسة، يجب على كل من الممثل المعتمد والعضو البالغ المسؤول في أسرة برنامج SNAP التوقيع والتاريخ أقسام التوقيع الموجودة أسفل هذه الصفحة، ما لم يتم تعيين الممثل المعتمد من قبل الأسرة كتابيًا.

10

إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما، فأكتب اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه وقم بالتوقيع أدناه.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

اختر هذا المربع إذا كنت تريد أن يحصل ممثلك المعتمد على بطاقة EBT لشراء الطعام لك.

إقرار: لقد قرأت وفهمت الإشعارات أعلاه. أفهم وأوافق على الشروط والتفويضات والموافقات المذكورة أعلاه. أقسم و/أو أكد بموجب عقوبات الحنث باليمين أن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى منطقة الخدمات الاجتماعية المحلية صحيحة. توقيعك مطلوب أدناه لإكمال عملية التقديم.

11

تاريخ التوقيع	توقيع مقدم الطلب (أو أحد أفراد الأسرة البالغين المسؤولين)
	X
تاريخ التوقيع	توقيع الممثل المعتمد
	X

إذا ساعدت في إكمال هذا الطلب/إعادة الاعتماد لشخص آخر، فاطبع اسمك وعنوانك هنا. يمكنك أيضًا طباعة رقم هاتفك طوعًا.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

استخدم هذه المنطقة للمعلومات الإضافية:

12

من: _____ الشرح:

من: _____ الشرح:

من: _____ الشرح:

أوافق على سحب طلبي/الإعادة إصدار شهادة. أفهم أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

التوقيع

التاريخ

13

لاستخدام الوكالة فقط

تم تحديد الأهلية من قبل _____ بتاريخ _____

توقيع الشخص الذي حصل على معلومات الأهلية: _____ التاريخ _____

السبب _____ / _____ / _____ انسحاب رفض إعادة إصدار شهادة. إغلاق

تم تحديد الأهلية من خلال _____ بتاريخ _____

فترة ترخيص SNAP: من _____ إلى _____

مقابلة وجاهية مقابلة عبر الهاتف

تعليقات:



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

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	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.	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		
11	In county/state		Under the name (if different from your name now)		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	
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party						

(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

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.