

輔助營養援助計畫（**SNAP**）福利申請／認證

如失明或嚴重視力障礙，您是否希望收取其他格式的書面通知？

是 否

如選“是”，勾選您需要的格式種類。

大字本

資料光碟

音訊光碟

如果任何其他格式對您不能同樣有效，則可索取盲文版。

如有特別需求，請與社會服務區聯絡。

當您申請 **SNAP** 福利時

- 您可以在收到申請表的當天遞交申請。如您的申請表中至少包含您的姓名、住址（若有）及簽名，我們必須接受該申請表。該等資訊將用於確立您的申請備案日。
- 您必須完成申請程式，包括面談和於申請／認證表格第 2 頁宣誓聲明處簽名，方可決定資格性。如果您具備資格，福利的發放將追溯至遞交申請的當日。
- 即便您或您家中的其他成員因移民身份而無資格獲得 **SNAP** 福利，您仍可為合資格家庭成員申請並獲得福利。例如，父母是不具備 **SNAP** 福利資格的外籍人士，仍可為具備資格的子女申請並領取 **SNAP**。
- 即使您已經超過了臨時援助的時限，您仍可以申請並有資格領取 **SNAP** 福利。

當您認證 **SNAP** 福利時

- 您必須提交簽署並填寫完畢的認證申請。

切記簽署申請表。

急需要SNAP福利？您也許有資格獲得SNAP 福利申請加快處理服務：

如您家庭的收入或流動資產很少或完全沒有，**或**您的租金和公用事業費用超過您的收入和流動資產，**或**申請福利時，您是擁有很少或完全沒有收入或資產的流動或季節性農場工，則可能有資格于申請福利後7天內獲得 SNAP福利。當機構留住人在離開該機構之前同時申請SSI和SNAP，正式申請備案日是申請人離開該機構的日期。

何處申請SNAP福利

如果您住在紐約市外，您可以登錄網站myBenefits.ny.gov上網申請，致電或前往您所在郡縣的社會服務部門索要申請材料，填好後可以郵寄或送還至該辦事處。您可以撥打免費電話**1-800-342-3009**獲取您所在郡縣社會服務部門的地址和電話號碼。

如果您住在紐約市內並且不同時申請臨時援助，可以於Access HRA網上申請，或致電或前往任何SNAP 辦公室獲取申請材料。您可以撥**1-718-557-1399** 或免費電話**1-800-342-3009**，查詢辦事處的地址和電話。

非歧視性公告— 根據聯邦民權法和，美國農業部(USDA)民權法規和政策，USDA及其機構、辦事處、雇員、和任何參與或管理USDA的機構，不得因種族、膚色、國籍、性別、宗教、殘疾、年齡、政治信仰進行歧視，或因或USDA執行或出資的任何計畫和活動中過去的民權活動而進行報復或打擊。

要求使用其他方法得到計畫資訊（如，盲文、大字本、錄音帶、美國手語，等）的殘障人士，應聯繫進行福利申請的機構（州或地方機構）。聾啞、聽力受損或聽力障礙人士可通過聯邦總機接聽服務(800) 877-8339，與USDA聯繫。另外，也有使用英語以外的語言提供的資訊。

如果想進行權利歧視投訴，請填寫美國農業部計畫歧視投訴表 (AD-3027)，投訴表可於網站：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，或於任何美國農業部辦事處獲取，或給USDA寫信並提供表格所要求的所有資訊。撥打(866) 632-9992索取投訴表格。用以下方式遞交填好的表格或致函USDA：

- (1) 信函: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 傳真: (202) 690-7442; 或
- (3) 電子郵件: program.intake@usda.gov。

機構為公平機構提供者。請勿將申請寄至該地址。

切記簽署申請表。

輔助營養援助計畫 (SNAP) 福利申請/認證

申請資訊

社會安全號: _____ 生日: _____

名字 (姓, 名, 中間名縮寫): _____

白天電話號碼 (含地區號) _____

家庭地址 (街道, 公寓 #): _____

城市, 州, 郵遞區號 _____

郵寄地址 (如果不同於上列位址): _____

種族/族裔: 資訊收集目的為保證每個人都獲得平等對待。志願回答, 不會影響您的資格或福利數額。

族裔: 西班牙裔或拉丁裔 是 否

種族: (請勾選所有適用項)

美國印地安或阿拉斯加原住民 亞裔 黑人或非裔美國人

夏威夷原住民或其他太平洋島民 白人

使用語言: 請告知您所使用的語言 _____

您是美國公民嗎? 是 否

您是否為紐約州居民? 是 否 您住在哪個縣? _____

是否有特殊情況? (請勾選所有適用項。)

身體/精神障礙 聽力受損 視力受損

需要翻譯 需要手語翻譯 其他: _____

有人幫助您填寫表格嗎? 是 否

幫助人名稱: _____

他們白天電話號碼 (含地區號): _____

家庭成員資訊:

列出同住人:

名字 (姓, 名, 中間名縮寫): _____ 社會安全號: _____

生日: _____

性別: 男 女

性別認可 (選填項): 男 女 兩性未決 X 跨性別

不同身份: _____ 使用語言: _____

名字 (姓, 名, 中間名縮寫): _____ 社會安全號: _____

生日: _____

性別: 男 女

性別認可 (選填項): 男 女 兩性未決 X 跨性別

不同身份: _____ 使用語言: _____

名字 (姓, 名, 中間名縮寫): _____ 社會安全號: _____

生日: _____

性別: 男 女

性別認可 (選填項): 男 女 兩性未決 X 跨性別

不同身份: _____ 使用語言: _____

是否有家人領取 任何下列收入？			
收入類型	收入金額	收入頻度	收入領取人姓名
社會安全金			
SSI			
退休金			
退伍軍人福利			
工傷保險			
薪酬			
其他			

您是否支付贍養人照顧費用：是 否

您是否還支付其他任何醫療費用，例如處方藥，非處方藥，糖尿病用品，眼鏡，牙科費用，助聽器等？ 是 否

每月支付多少房租或房貸？ \$ _____

是否支付任何下列開支？

我支付房屋取暖費用（油，氣，電或丙烷等）或與他人分擔取暖費用。 是 否

夏天使用空調，我付電費或與他人分擔費用。 是 否

夏天使用空調，我支付費用。 是 否

我付電、氣費用或與他人分擔費用。 是 否

我支付包括手機在內的電話服務（不是預付電話） 是 否

授權代表 – 您可授權一位熟知您家庭狀況的人代您申請 SNAP 福利。您亦可授權您家庭之外的某人或授權代表使用 EBT 福利卡為您購買食品。如想授權某人，須書面授權。請在下面用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。當授權代表為不在機構居住的 SNAP 家庭申請時，授權代表及 SNAP 家庭主要戶主雙方均須於本頁末的簽名欄簽署並注明日期，除非授權代表已經通過其他方式由家庭書面授權。

如果希望授權某人，請在正下方用正楷書寫該人士的姓名、地址及電話號碼，並簽名。

姓名：_____

地址：_____

電話：_____

如果希望授權代表獲得 EBT 福利卡為您購買食品，勾選方格。

您必須于下方簽署並注明日期，申請才能被接受

宣誓 簽署此申請書既證明我已閱讀（或已聽人閱讀）偽證罪的處罰，我理解並同意本申請書第 4-6 頁中所述的“權利和責任”，並且，我會盡力所為，本申請書上和我將來提供給機構的任何其他文件都是準確和完整的。我以此使用的主要語言閱讀了 SNAP 懲罰警告，或以前已經閱讀過或者有人為我解釋了它的內容。我亦證明，我的 SNAP 家庭所有要求 SNAP 福利的成員都是美國公民或合法移民身份的非公民。

請閱讀第 4-6 頁包括“SNAP 懲罰警告”和“您的權利及責任”的內容。

您必須于下方簽名才能完成申請程式。

申請人簽名：_____ 日期：_____

授權代表簽名_____ 日期：_____

申請填寫說明：

- 盡可能回答更多問題。
- 於申請表第 1 頁填上周日可以聯絡到您或留言的電話號碼。
- 切記提交之前在申請表上簽名。
- 務必閱讀下面幾頁面含有的權利和責任聲明和 SNAP 處罰警告。
- 您可以提交填寫不完整的申請，但應在正面填寫您的姓名和地址，在背面簽名，以後再填寫申請的其餘部分。這是用於確立您的申請日所需的最基本資訊。
- **SNAP 福利生效日上追回至申請日**

您必須參加面試： 我們將在收到申請後對其進行審核，並與您聯繫以討論您在申請中提供的資訊。

注意： 如果無法聯繫您，您會收到電話會談預約信函。

您必須提交證明文件： 面談時，我們將說明您需要提供哪些證明文件和資訊才能獲得 SNAP 福利。我們會提供您需要提交的文件清單。您應在我們收到申請的 30 天之內提交所需證明文件，如果取得文件有困難，請要求我們幫助。

裁定： 您將在申請後的 30 天之內收到裁定

需要提供哪些證明？

以下是申請 SNAP 福利所需主要文件：

- 證明姓名及地址的文件：
- 如果您沒有地址，請告知。
- 收入證明。
- 福利批准信函，或包括利息收入在內的非工作收入直接存款結單及付款頻度。如果您有工作，提交薪資存根，直接存款結單，或支票副件。
- 所有申請家人的社會安全號。
- 非公民身份證明 - 如果您是非公民，提供合法居民身份證明。
- 某些開支證明：儘管是選填項的，但如果提供以下任一證明，您的 SNAP 福利可能會更高。
 - **醫療費用**-如果您或您家庭中的任何人為年滿 60 或有殘疾證明，則必須通過聯合付款費用收據或健康保險保費收據或假牙、眼鏡、助聽器、助聽器電池、處方藥、醫生開具的止痛藥或非處方藥、以及往返醫療服務的交通工具收據證明自付費用。
 - 兒童撫養費付款- 法庭文件，支付給非同住兒童的撫養費，及金額證明。

也請告訴我們您是否有以下任何支出（這是選填項的，但這些可以使您的 SNAP 福利更高）：

1. **住房開支：** 租金或貸款付款，地產稅，或房屋保險。
2. **公用事業設施：** 空調費用，家庭採暖用油，取暖用氣，取暖用木材或煤，烹調用氣，電，電話(包括手機)，或其他公用設施費用如用水，排汙，或垃圾收集服務。
3. **受贍養者看護費用：** 家庭或家庭外護理。

請閱讀以下重要內容

性別及性別認同: 無論性別，性別認同或表述為何，紐約州確保您有權獲得福利及/或服務。您必須說明您及所有 I 家庭成員的性別為男性或女性。在此處標明的性別必須與美國社會安全局當前存檔的性別相同。性別為處理申請必須資訊。不會出現在您收到的任何福利卡或任何其他面向公眾的文件上。

性別認同是您如何看待自己以及如何稱呼自己。您對自己的性別認同可與出生時的性別相同或不同。性別認同不是申請福利必須的。如果您或家庭中任何人的性別認同與所表明性別不同，而您想提供該人對自己的性別認同，請勾選“男”，“女”，“雙性未決”，“X”，“跨性”或“不同性別”。如果選擇“不同性別”，表格上會有讓您說明該人士性別之處。您可選擇是否回答這些問題。這不會影響申請人的資格性或福利額度。

SNAP 處罰警告 — 您申請 SNAP 時提供的的所有資訊均將經過聯邦、州及地方官員核實。如有任何不實之處，您的 SNAP 申請可能被拒絕。故意針對福利資格或數額提供虛假資訊可導致刑事起訴。任何違反緩刑或假釋條件者，因犯罪而潛逃以逃避重罪起訴、拘役或監禁者，或正被執法機構尋求者，無領取 SNAP 福利的資格。

如果 SNAP 家庭成員觸犯蓄意違反計畫規定 (IPV)，該成員在一線時間段內不能領用 SNAP 福利：

- 首次 SNAP-違規，12 個月；
- 再次 SNAP-違規，24 個月；
- 第一次經法院判定使用或接受 SNAP 以買賣管制物品（非法毒品或需醫師處方之特定藥品）的罪名成立，24 個月。（非法毒品或需醫生開具處方的特定藥品。）
- 如您為同時獲領多份 SNAP 而提供假身份或住址，則將 120 個月不得領取 SNAP，如這是第三次 IPV，則終生喪失資格。
- 此外，法院亦可另外剝奪個人 18 個月的 SNAP 福利領取資格。
- 以下情況永無福利資格：
- 第一次 SNAP 違規，經法庭裁定使用或接受 SNAP 福利買賣軍火、彈藥、爆炸物。
- 第一次 SNAP 違規，經法庭裁定販賣 SNAP 福利，總數額達 \$500 或以上（販賣包括非法使用，轉移，收購，更改或持有 SNAP 授權卡或接入設備。）
- 再次觸犯 SNAP-IPV，法庭發現使用或接受 SNAP 福利進行管制藥物買賣交易。（非法毒品或需醫生開具處方的特定藥品。）
- 所有第三次蓄意違反計畫規定。

任何因使用、轉移、獲取、篡改或擁有 SNAP 授權卡或使用設備而被判定重罪人士，將被處以高達 \$250,000 美元罰款，長達 20 年監禁或兩者並罰。該人士也可根據適用聯邦或州法律被起訴。

以下情況為無 SNAP 資格或觸犯 IPV：

- 為獲得福利資格或更多福利做出錯誤或誤導性陳述，或謊報、瞞報或隱瞞事實；或
- 使用 SNAP 福利購物的目的是為了獲取現金，因而扔棄所購物品或退瓶以或退瓶費；或
- 為使用、贈送、轉讓、獲得、領受、佔有或非法交易 SNAP 福利、用作電子福利轉帳(EBT)系統一部份的授權卡或可重用檔而觸犯或企圖觸犯聯邦或州法律。
- 另外，以下情況為不允許發生，也可能取消您的 SNAP 領取資格並/或實施懲處：
- 未得到持卡人允許，使用或持有不屬於您的 EBT 卡；或
- 使用 SNAP 福利購買非食品物品，如煙或酒，或支付為已用福利所購食品；或
- 讓他人使用您的電子轉帳(EBT) 卡以換取現金、軍火、彈藥或爆炸物、藥品或為非 SNAP 家庭成員購買食品。

超付福利 – 若您所領取的 SNAP 福利多於您所應領取的福利額 (即超額補助)，您必須退還超額部分。若您的個案仍為有效個案，我們將從您未來應領取的 SNAP 福利中，扣除超付的金額。如您的案件已結束，您可透過您帳戶中剩餘的任何未用 SNAP 福利來償還，或您可支付現金。

如有尚未償還的超付款，可能會被移交至包括由聯邦政府自動追款的債務追討機構。或會扣除您應獲得的聯邦福利（如社會保障）和退稅來償還超付款項。亦會收取債務處理費。

從您的 EBT 帳戶取消的 SNAP 福利用來抵償虧欠的超付款。如果您再次申請 SNAP 福利，而您尚未還清所欠金額，您開始領取 SNAP 福利時數額會被扣減。屆時您會收到通知書，告知您扣減後的福利金額為多少。

同意 — 我理解，簽署此申請表即表明我同意紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室社或地方社會服務部門為核查或證實我所提供之資訊而進行任何有關我的 SNAP 福利申請的調查或其他調查。我將提供所需其他資訊。我也會與州和聯邦人員合作，進行 SNAP 福利品質控制審查。

我理解，簽署該申請/認證，即表示我同意對我提供的資訊進行吊車與核實，或其他獲授權的政府機構對有關家庭能源援助計畫(HEAP) 事宜展開調查。我也同意允許本申請表格上的資訊使用于現有過冬補助計畫或公用事業公司的低收入計畫。我理解政府將用我的社會安全號碼與家庭能源供應商核實 HEAP 的領用。授權包括允許家庭能源供應商（包括公用事業）因低收入家庭能源補助(LIHEAP)表現測量的原因，向臨時救濟及殘障補助辦公室和地方社會服務區及美國衛生及人類服務部公開某些統計資料，包括但不僅限於每年電用量、點開支燃料用兩，燃料種類、年燃料開支、及付款記錄。

同意公開有關失業保險 (UI)的保密資訊—我授權紐約州勞工廳(DOL)向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室(OTDA)公開由勞工廳管理的所有失業保險保密資訊。資訊包括 UI 救濟金領取和工資記錄。我理解，紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室，和州政府以及在當地社會服務部門的工作人員會使用失業保險資訊來決定或核實本申請表中申請 SNAP 福利的資格和數額，以及調查我是否領取不應得的福利。

向服務提供者公開資訊 - 我允許社會服務區和紐約州分享有關我或我有權授權的家庭成員的有關輔助營養援助計畫福利的資訊，用於驗證我享受州或地方承包機構管理的計畫的服務及付款事宜的資格性。服務可包括，但不僅限於，幫助我或家人尋獲並保留工作的工作安置或培訓服務。

SUA (標準公共事業費補助) 資訊 — 我理解，SNAP 領用人的收入標準具備家庭能源補助計畫 (HEAP) 資格。如果我在本月或過去的 12 個月中的 HEAP，或其他類似能源補助計畫福利，不超過 \$20，我必須另外支付取暖、空調或公用事業費用，才能領取標準公共事業費補助。

變更 — 我同意，我會遵照報告規定，根據我所瞭解或相信的情況，將我的需要、收入、財產、生活安排、無撫養人有工作能力成年人 (ABAWD) 狀況包括當我每月工作小時數不足 80 小時是的變更，妊娠狀況或地址之任何變更及時通知機構。

申報/核實家庭開銷的規定 — 我理解，我的家庭必須申報托兒及公共事業開銷，方可在申請 SNAP (FS) 時，獲得這些開銷的減免。我也理解，我的家庭必須申報並證實向非家庭成員支付的房租/房屋貸款、房產稅、保險、醫療開銷及兒童撫養費，方可在申請 SNAP 時，獲得這些開銷的減免。我瞭解，如未能申報/核實上述費用，即代表我的家庭申明，我/我們不希望獲得該等未申報/未核實之費用的減免這些開支的減免可能使我合格領取或增加 SNAP 福利。我瞭解，我可於未來隨時申報/核實這些費用。屆時，未來各月 SNAP 福利的計算法將根據變動申報與處理常式的規定計入這些減免。

我理解，申請 SNAP 時，社會服務區將索取並使用收入及資格核對系統中的資訊，以查對我的申請材料，並在資訊不一致時通過間接聯繫進行核對。我也理解，這些資訊可能對 SNAP 資格性及/或 SNAP 福利數額產生影響。

隱私權法案聲明 — 社會安全號碼 (SSN) 的索取和使用 — 2008 年食品及營養法案授權我們索取每位申請 SNAP 福利家庭成員的社會安全號碼。收集到的資料用以決定您家是否符合或繼續符合領取援助或福利。我們將通過電腦比對程式來核實資訊。該資訊也將用於監控是否遵循計畫規定，或用於計畫管理。該資訊或會披露給其他聯邦和州機構以進行官方核查，或披露給執法官員以逮捕畏罪潛逃人員。該資訊將用於確認身份，核實工作收入和非工作收入。

如對您的家庭進行 SNAP 索償，聯邦和州機構及私人追討機構有權使用該申請中的資訊（包括所有 SSN）以開展索償行動。任何申請 SNAP 福利的人都必須提供社會安全號碼。不合格成員的社會安全號碼也將會以上述方式使用和披露。如您或申請/認證的任何人沒有 SSN，則須向社會安全局 (SSA.gov) 申請 SSN。

除了通過上述方式使用您向我們提供的資訊，州政府也許還會用資訊進行領取家庭能源補助人數的有關統計。州政府使用該資訊以進行品質控制，以確保當地服務區盡己所能地開展工作。該資訊亦用於驗證您向其支付費用的能源提供商。

公民/移民身份—我發誓及/或確認，我所提供的有關本人和與我同住的每個人的公民和移民身份的資訊正確無誤。我瞭解，我提供的任何 SNAP 申請人的移民狀況資訊會用來與美國公民及移民服務部門驗證其真實性。

SNAP 計畫僅當有存疑時，才須記錄公民身份。

切記在申請表上簽名。

紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地區登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

- 是** 如果您勾選是，請填寫以下 **選民登記申請表**
- 否** 因為我選擇不要註冊或
- 本人已在目前居住地區登記或
- 本人已索取並收到郵寄登記表

如果您不勾選任何一項，則被視為已決定這次不登記投票。

簽名 _____ 日期 _____ / ____ / ____

請以正楷填寫姓名

重要資訊！

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。
若您有興趣索取中文資料表格，我們很樂意協助您。您可以全權決定是否要尋求或接受協助。您也可以私下填寫申請表。

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 পড়ে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

2019年1月修訂

選民登記申請表 (說明請參閱背面)

是，我需要申請缺席投票

請列印或使用藍色或黑色墨水以正楷填寫

是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

1 您是否為美國公民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答否，請勿填寫本表		2 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答否，除非您在年底前將年滿 18 歲，否則請勿填寫此表單		僅供委員會使用	
3 姓氏 _____ 名字 _____		中間名縮寫 _____ 後置稱謂 _____			
4 現居地址 (請勿填寫郵政信箱) _____		公寓號碼 _____ 市/鎮/村 _____		郵遞區號 _____ 郡 _____	
5 收件地址 (若與上列不同) _____		郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等 _____		郵政信箱 _____ 郵遞區號 _____	
6 出生日期 _____	7 性別 (選填) _____	8 電話 (選填) _____	電子郵件信箱 (選填) _____		
10 上次投票的年份 _____		當時的地址為 (請提供門牌號碼、街道及城市名) _____		9 身分證件號碼 (請勾選適合的方塊並填寫號碼) <input type="checkbox"/> 紐約州 DMV 編號 _____ <input type="checkbox"/> 社會安全號碼的最後四位數字 _____ <input type="checkbox"/> 本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼	
所在郡/州 _____		當時使用的姓名 (若與目前姓名不同) _____			
11 政黨 本人希望加入政黨 <input type="checkbox"/> 民主黨 <input type="checkbox"/> 自由意志黨 <input type="checkbox"/> 共和黨 <input type="checkbox"/> 獨立黨 <input type="checkbox"/> 保守黨 <input type="checkbox"/> SAM 黨 (服務美國運動黨) <input type="checkbox"/> 勞動家庭黨 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 綠黨 我不想登記加入任何政黨，只希望成為獨立選民 <input type="checkbox"/> 無政黨		12 宣誓書：本人發誓或證明 • 本人是美國公民。 • 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天。 • 本人將符合在紐約州登記投票的所有要求。 • 以下橫線處簽名或畫押者為本人無誤。 • 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。		簽名或畫押 _____ 日期 _____ / ____ / ____	

(選填) 登記捐贈您的身體器官和組織

姓 _____	
名字 _____	中間名字母縮寫 _____ 後置稱謂 _____
地址 _____	
公寓號碼 _____	市/鎮/村 _____ 郵遞區號 _____
出生日期 _____	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
眼睛顏色 _____	身高 _____ 呎 _____ 吋
電子郵件 _____	DMV 或 ID NYC 號碼 _____

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 16 歲 (含)
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈註冊機構 (Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權註冊機構於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及醫院以及紐約州衛生署署長核准的其他組織開放此資訊。



簽名 _____ 日期 _____ / ____ / ____

登記資格

此表格可用於：

- 在紐約州登記投票；
- 變更姓名和/或地址 (如果這些資訊在您上次投票之後有所變更)；
- 加入政黨或是變更登記。

您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 在您提交此表單之年度的 12 月 31 日前年滿 18 歲
(注意：您必須在有意投票的普選、初選或其他選舉日之前年滿 18 歲)；
- 在選舉當日之前居住於該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄或假釋 (除非假釋赦免或恢復公民身分)；
- 未在其他地方主張投票權；
- 未被法院認定無行為能力。

重要資訊！

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或申請登記投票的隱私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
電話：1-800-469-6872；
TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；
或造訪網站 - www.elections.ny.gov

對於您是否要登記的決定將會保密，且僅會用於選民登記用途。所有選擇不登記投票的人和/或是接受申請表之辦事處等相關資訊都將保密，且僅可用於選民登記用途。

查驗身分

我們會透過 DMV 編號 (駕駛者的駕照或非駕駛人的身分證件號碼) 或是社會安全號碼的最後四位數字 (亦即您在第 9 欄中填寫的內容)，在選舉日前核對您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

填表說明：

假登記或是向選舉委員會提供假資訊係屬犯罪行為。

第 9 欄：必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查驗身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號(?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

第 11 欄：只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。