



輔助營養援助計畫 (SNAP) 申請／認證表



本申請表僅用於申請輔助營養援助計畫 SNAP

如果您為失明或嚴重視力障礙，需要其他格式的申請材料表格，可向社會服務區索取。如需其他格式現有種類以及如何索取其他格式申請材料的資訊，請閱讀說明手冊 (LDSS-4826A)，或使用 www.otda.ny.gov。

如果您為失明或嚴重視力障礙，是否希望收取其他格式的書面通知？ 是 否
 如果回答“是”，請勾選您需要的格式： 大字版 資料 CD 音訊 CD 盲文，
 如果任何其他格式對您不能同樣有效。

如有特別需求，請與社會服務區聯絡。

如果只申請 SNAP，請使用這份簡短申請表。如果您希望申請其它福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。

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 8 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。

是否立刻需要 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源很少或完全沒有，**或**您的租金和公用事業費用超過您的收入和流動資源，**或**申請福利時，您是擁有很少或完全沒有收入或資源的移民或季節性農場工，則可能有資格于申請福利後 5 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，致電或前往您所在郡縣的社會服務部門來索要申請材料，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，可以登錄網站 myBenefits.ny.gov，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，查詢辦事處的位址和電話。

是否無法前來本處進行 SNAP 福利申請面談？

如果您有困難，無法前來進行 SNAP 申請面談（如上班、健康，交通或托兒問題），在某種情況下，我們可以通過電話與您訪談，或您可以請其它人為您申請。如果有任何問題、想瞭解您對是否有資格進行電話訪問，**或需要**重新安排面談時間，請與當地社會服務部門聯繫。

收入

列出**所有**與您同住人的收入。包括，但不僅限於**薪酬**，自雇收入減去自雇產生的業務開支（例如：孩子看護、打掃衛生、食宿收入），兒童撫養費，退休金，退伍軍人福利，殘障福利，社會安全金或 SSI，用於吃、住的獎、助學金，臨時援助以及來自親、友的收入。

此項收入者姓名	收入來源	每月工作小時數	多久收到一次？ (如，每週，每隔一周，每月)	III 吃飯前

您或任何同住家人是否因為工作或培訓有兒童／照護人看護費用？ 是 否 如回答“是”，誰？

支付數額 \$ _____。多久支付一次 (如, 每週, 每月) _____。

您或任何同住家人是否在過去的 30 天內換工作或辭職或減少任何形式的收入，包括減少工作小時數或收入？ 是 否

您或任何同住家人是否有尚未收到的潛在收入？ 是 否 如回答“是”，請於第 9 頁說明。

您或任何同住家人是否正在參加罷工？ 是 否 如回答“是”，誰？ _____。

您或任何同住家人是否為寄宿者、寄養兒童、或寄養成人？ 是 否

如回答“是”，寄宿者勾選“B”或寄養者勾選“F”並填寫他們的姓名。 B F 姓名: _____。

5

資產

資產不會影響大多數家庭的 SNAP 資格。但是一些資產資訊會用於確定您是否具備申請加快服務的資格。

您家裡每個人有多少錢？（例如，每人手頭；家裡，支票與儲蓄帳戶，或其他地方；包括聯合帳戶）\$ _____ 屬於 _____。

其他經濟資產？（例如，股票，債券，退休帳戶，儲蓄債券，共同基金，RAs，信託基金，現金市場證券） 是 否

如回答“是”，數額 \$ _____ 種類 _____ 持有人 _____。

您或任何同住家人擁有幾輛汽車、卡車或其他機動車？

___ #1 年份 ___ 廠家 _____ 型號 _____ 車主 _____

___ #2 年份 ___ 廠家 _____ 型號 _____ 車主 _____

您或任何申請家人是否擁有地產，包括您的房子？ 是 否 如回答“是”，列舉地產 _____ 業主 _____

任何申請人是否為了具備 SNAP 資格在過去的三個月出售，贈送或轉移現金或地產？ 是 否

6

居住安排及開銷

勾選所有適用您家的情況：

擁有房屋或正在支付買房 租房 遷移/季節農工 無孕婦 與親戚朋友同住

列舉開支：

每月房租或房貸付款\$ _____ 每年房屋稅款\$ _____ 每年房屋保險\$ _____。

是否另行支付取暖費用？ 是 否 如回答“是”，說明取暖種類： 天然氣 電 油 木材 煤 丁烷氣 其他 (請列舉)

供暖公司名稱 _____ 供暖公司帳戶號碼 _____

支付空調費，包含在電費中或另外單付？ 是 否

另外支付公共事業費（取暖/空調除外）？ 是 否 (例如，照明，烹調用天然氣，垃圾/廢物費，水費，公用事業初裝費)。

有任何他人替您支付這些費用嗎（例如，您享受第 8 條補貼，或其他補貼計畫）？

是 否 如回答“是”，誰為支付人？

您或任何同住人是否支付法定兒童撫養費？ 是 否 如回答“是”，誰 _____

為之支付撫養費的兒童姓名 _____

付款數額 \$ _____ 多久支付一次（如，每週，每隔一周，每月） _____

您，及/或任何同住人是否為失明/殘障，或年滿 60？ 是 否 如回答“是”，誰？ _____。

如果回答“是”，此人是否有醫療帳單？ 是 否 如回答“是”，請於第 9 頁說明什麼帳單，數額及付款人。

您，及/或任何同住人是否有低保費醫療補助？ 是 否 如回答“是”，誰？ _____ 數額 \$ _____

您或任何同住人（16 歲或 17 歲）註冊在校或培訓？ 是 否 如回答“是”，誰？ _____ 學校/培訓名稱 _____

您或任何 18 歲至 49 歲之間的同住人是否就讀在校或參加培訓計畫（高中以上）？ 是 否 如回答“是”，誰？ _____

培訓計畫/學校名稱 _____ 全時 (FT) 是 否 收入 是 否 開支 是 否

請回答這些問題：

您或任何同住人是否違反緩刑或假釋條件，或因犯罪而潛逃以逃避起訴、拘役或監禁，被執法機構追捕？ 是 否 如回答“是”，誰 _____

您或任何同住人是否違反法院緩刑或假釋條例？ 是 否 如回答“是”，誰 _____

您或任何同住人是否曾因欺詐或觸犯計畫蓄意規定被取消 SNAP 資格？ 是 否 如回答“是”，誰 _____

您或任何同住人是否在 1966 年 9 月 22 日後曾因用 SNAP 福利買賣槍支、彈藥、或炸藥被定罪？ 是 否
如回答“是”，何人 _____

您或任何同住人是否在 1966 年 9 月 22 日後曾因買賣 SNAP 福利，數額超過 \$500 而被定罪？ 是 否
如回答“是”，何人 _____

您或任何同住人是否曾在 1966 年 9 月 22 日以後在任何州因詐領多份 SNAP 福利被定罪？ 是 否
如回答“是”，何人 _____

如果需要更多填寫空間或有您認為我們會需要的資訊，可以使用第 9 頁。

請閱讀以下重要內容

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 家庭被確定觸犯計畫蓄意違規(IPV)，該家庭成員在以下時段內不能領用 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。（非法毒品或需醫師處方之特定藥品。）
- 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，則終身喪失資格。

此外，法院亦可另外剝奪個人 18 個月的 SNAP 福利領取資格。

以下人士終身喪失資格：

- 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。（非法毒品或需醫師處方之特定藥品。）
- 所有第三次蓄意違反計畫規定。



所有使用，轉移，收購，更改或持有 SNAP 授權卡或接入設備的犯罪人可被處以高達 25 萬美元罰款或長達 20 年監禁，或兩項並罰。也可能根據適用的聯邦和州法律起訴。

如實施下列行為，則可被裁定為不具備 SNAP 資格或蓄意觸犯福利計畫：

- 做虛假或誤導性聲明，或謊報、瞞報或隱瞞事實已獲得福利或領取更多福利；或
- 用 SNAP 福利購買產品目的是為了獲取現金，做法是故意丟棄產品而退返容器購得到退瓶費；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 福利領取資格並/或實施懲處：

- 在持卡人不給與允許的情況下使用或持有不屬於您的 EBT 卡；或
- 使用 SNAP 福利購買非食品，如煙、酒，或支付已購買食品；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。

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，您應當領取的 SNAP 福利金額會在領取時被扣減償還款項。屆時您會收到通知書，告知您扣減後的福利金額為多少。

請閱讀以下重要內容 (續)

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，簽署該申請表認證，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 救濟金索賠和工資記錄。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，我可于未來隨時申報/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。

請閱讀以下重要內容（續）

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，以確保當地機構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。

國籍/移民身份–我發誓並確認，我所提供的有關本人及與任何同住人的公民身份和移民身份資訊均真實且準確，如有不實，甘受偽證罪之處罰。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。

反歧視通知–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、聽力障礙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。填好的表格或信函用以下方式送達 USDA：

- (1) 郵件: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; or
- (3) 電子郵件: program.intake@usda.gov。

本機構為公平機會提供機構。

請閱讀以下重要內容 (續)

受權代表 - 您可授權一位熟知您家庭狀況的人代您申請 SNAP 福利。您亦可授權家庭之外的某人代您領取 SNAP，並使用購買食品。如想授權某人，須書面授權。請在下麵用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。當受權代表為不在機構居住的 SNAP 家庭申請時，受權代表及 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，除非受權代表已經通過其他方式由家庭書面授權。

9

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 _____ 位址 _____ 電話 _____

宣誓：我發誓並／或確認，我已提供或將提供給當地社會服務區的與該申請相關之資訊均準確無誤，否則，願受刑法處分。您必須于下方簽名才能完成申請程式。

申請人簽名 (或家庭主要負責成人) X	簽署日期 10
受權代表簽名 X	簽署日期

如果幫助他人完成本申請／認證，於此睜開填寫您的姓名和地址。也可自願提供您的電話號碼。

姓名 _____ 位址 _____ 電話 _____

此欄用於填寫其他資訊：

誰：_____ 說明：

誰：_____ 說明：

誰：_____ 說明：

11

我同意撤銷我的申請/認證。我理解，我可以在任何時候重新申請。

簽名

12

日期

此欄僅供工作人員填寫

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert.Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

SNAP Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments:



紐約州以機構為基礎的選民登記表單

「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？」

- 願意** 如果您勾選願意，請填寫以下的選民登記申請表
- 不願意**，因為本人決定不登記，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。

如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，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

Information in English: If you are interested in obtaining this form in English, call 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

यदि आपनि এই फर्मटि इंग्रेजीते पेटे चान तहले 1-800-367-8683 नम्बरे फोन करुन

Rev. 2/2015

選民登記表單 (如需指示，請參閱背面)

是，我需要申請缺席投票

請使用藍色或黑色墨水筆以正楷填寫或鍵入

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 如果您的答案是否，則請勿填寫此表單		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 如果您的答案是否，則除非您在年底前將年滿 18 歲，否則請勿填寫此表單		此欄僅供委員會使用	
	3 姓氏 _____ 名字 _____			3 中間名首字母縮寫 _____ 後綴稱謂 _____			
4 住址 (請勿提供郵政信箱地址)		4 公寓號碼 _____		4 市/鎮/村 _____		4 郵遞區號 _____ 縣 _____	
5 郵寄地址 (若與上列不同)		5 郵政信箱、私人投遞路線等 _____		5 郵局 _____		5 郵遞區號 _____	
6 出生日期 _____		7 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		8 電話 (選填) _____		電子郵件 (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 ID 編號 (勾選適用項，並提供您的編號) <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"/> 我沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼		12 宣誓書：我宣誓或確認 • 本人是美國公民。 • 本人將於選舉前在縣、市或村居住至少 30 天。 • 本人將滿足在紐約州登記投票的所有要求。 • 在以下橫線上簽名和畫押者是本人無誤。 • 上述資訊均全部屬實，本人明白如果資訊不實，將被定罪並處以最高 5,000 美元罰款和/或 4 年以下監禁。	
10 所在縣/州 _____		當時使用的姓名 (若與當前姓名不同)					
11 政黨 我希望加入政黨 <input type="checkbox"/> 民主黨 <input type="checkbox"/> 共和黨 <input type="checkbox"/> 保守黨 <input type="checkbox"/> 綠黨 <input type="checkbox"/> 勞動家庭黨 <input type="checkbox"/> 獨立黨 <input type="checkbox"/> 婦女平等黨 <input type="checkbox"/> 改革黨 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 我不想加入任何政黨 <input type="checkbox"/> 無政黨		12 以墨水筆簽名或畫押 _____		日期 _____ / ____ / ____			

(選填) 登記捐贈您的身體器官和組織

姓氏 _____	
名字 _____	中間名首字母縮寫 _____ 後綴稱謂 _____
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 _____ 英呎 _____ 英吋 _____

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 18 歲 (含) 以上
- 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；
- 授權選舉委員會向衛生署提供您的姓名和身分識別資訊以登記在登記名冊上；
- 並授權衛生署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開放此資訊。



簽名 _____

日期 _____ / ____ / ____

登記資格

此表單可用於：

- 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：在您有意投票的普選、初選或其他選舉日前，您必須年滿 18 歲。);
- 為該縣或紐約市居民並在選舉前居住至少 30 天；
- 未因重罪入獄或假釋；並且
- 未在其他地方申請投票權利。

重要資訊！

如果您認為某人干擾您登記或拒絕登記投票的權利、您決定是否要登記或申請登記投票的個人隱私權，或是您選擇政黨或其他政治偏好的權利，您可向下列單位提出申訴：

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

您對於是否要登記的決定將會受到保密，且僅會用於選民登記用途。所有選擇不登記投票的人和/或是要向之遞交申請表之辦事處的相關資訊都將受到保密，且僅可用於選民登記用途。

驗證身分

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。

如果您沒有 DMV 或社會安全號碼，則可使用附照片的身分證件、近期的水電瓦斯帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或是有顯示您姓名及地址的某些其他政府文件。您可以隨此表單附上上述其中一種身分證件類型的副本。

如果我們無法在選舉日前驗證您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

表單填寫說明：

虛假登記或是向選舉委員會提供虛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「驗證身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請寫下「無」。如果您記不得自己最後一次投票的時間，請填寫問號(?)。如果您之前是以不同姓名投票，請寫下該姓名。若否，請寫下「相同」。

第 11 欄：僅可勾選一項。加入政黨為可選，但若參加政黨初選，投票人必須加入該政黨，除非州立政黨條例另有註明。