



## 푸드 스탬프 혜택 신청/재증명



### 푸드 스탬프 혜택만 신청하십니까?

푸드 스탬프 혜택만 신청하는 경우, 보다 간략한 이 신청서를 이용하실 수 있습니다. 임시 보조, 차일드 케어 보조, 가정용 에너지 보조나 메디케이드 등의 다른 혜택들을 신청하기를 원하는 경우, 다른 신청서를 요청하십시오.

이 신청서는 푸드 스탬프 혜택 신청에만 사용될 수 있습니다.

### 푸드 스탬프 혜택 신청 시기

- 신청서를 받은 당일 제출할 수 있습니다. 자격이 되는 경우, 신청서 제출 날짜에 소급하여 혜택이 제공됩니다.
- 인터뷰를 하기 전에 신청서를 제출할 수 있습니다.
- 신청서에 최소한 귀하의 성명 및 주소(있는 경우)와 서명이 포함되어 있을 경우, 저희는 반드시 귀하의 신청서를 받도록 되어 있습니다. 이 정보는 귀하의 신청 제출 날짜를 입증하게 됩니다. 그러나 저희가 귀하의 자격 여부를 결정할 수 있으려면 신청서가 작성되어야 하며 저희가 귀하를 인터뷰 해야 합니다.
- 귀하나 귀 가구의 구성원 중 일부가 이민 상태로 인해 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 없는 경우에도 자격이 되는 가구 구성원들에 대해 혜택을 신청하여 받으실 수 있습니다. 예를 들어, 이민자 부모들은 자신들이 혜택을 받을 자격이 없는 경우에도 자녀들을 위해 푸드 스탬프 혜택을 신청할 수 있습니다.

### 푸드 스탬프 혜택이 당장 필요하십니까? 신속한 푸드 스탬프 혜택 서비스를 받을 자격이 될 수도 있습니다

귀하의 가구에 소득이나 유동자산이 거의 또는 전혀 없는 경우, 또는 임대료 및 전기/수도/가스 비용이 소득 및 유동자산보다 더 많은 경우, 또는 귀하가 신청 시 소득이나 유동자산이 거의 없는 이동 또는 계절 농업 근로자인 경우, 혜택 신청일로부터 5일 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 귀하의 담당 직원은 푸드 스탬프 혜택 신청서가 신속히 처리될 수 있는지 알기 위해 항상 귀하의 상황을 검토합니다. 신속한 서비스의 기준에 충족되는 푸드 스탬프 혜택 자격이 있는 모든 가구에 혜택이 주어질 수 있도록 절차가 마련되어 있습니다.

### 푸드 스탬프 예약을 위해 저희 사무실로 오시는 데 문제가 있습니까?

푸드 스탬프 혜택 신청 예약을 위해 오시는데 어려움이 있는 경우 (직장, 건강 문제, 또는 차일드 케어 문제 등의 이유), 다른 사람이 귀하를 위해 신청하도록 하실 수 있습니다. 또한 신청서를 저희에게 우편으로 보내시거나 저희 사무실에 들러 제출하실 수 있고, 특정 상황 하에서는 전화로 인터뷰를 받을 수도 있습니다.

전화 인터뷰를 예약하셔야 하는 경우 \_\_\_\_\_ 로 저희에게 연락해 주십시오.

### 질문이 있으십니까?

신청서 작성이나 푸드 스탬프 혜택에 대한 자격여부에 관해 질문이 있으시면, \_\_\_\_\_ 로 저희에게 연락하시면 됩니다.

푸드 스탬프 혜택 신청서 이외에 다음의 사본들도 받으셨는지 확인하십시오:

- **LDSS-4148A-KO:** “권리 및 책임에 관한 숙지 사항”
- **LDSS-4148B-KO:** “소셜 서비스 프로그램에 관한 숙지 사항”
- **LDSS-4148C-KO:** “긴급 상황 시 숙지 사항”



**소득**

귀하와 함께 살고 있는 사람들의 소득을 모두 열거하십시오. 여기에는 임금, 자영업 소득 (예: 아기 봐주기, 청소, 숙박인 또는 하숙인으로부터 나오는 소득), 자녀 양육비, 연금, 퇴역군인 수당, 장애자, 소셜 시큐리티 또는 SSI, 임대료 또는 식품 구매를 위한 수여금, 공공 보조 및 친구 또는 친척으로부터의 소득 등이 포함됩니다.

소득 수령자의 성명	소득 출처	매달 근로 시간	소득을 받는 빈도? (예를 들어, 매주, 격주, 매월)	공제 이전에 받는 총액

귀하 본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 취업 또는 직업훈련과 관련해 아동/부양가족 케어 비용이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 해당자\_\_\_\_\_.

지불 액수 \$ \_\_\_\_\_ . 지불 빈도 (예, 매주, 매월) \_\_\_\_\_ .

귀하 본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 지난 30 일 이내에 직장을 변경하거나 그만두었거나 또는 소득 유형 중 액수가 감소된 (근무 시간 또는 소득의 감소 등으로 인해) 사람이 있습니까?

예  아니오

귀하 본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 아직 받지 못한 장애 소득이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 6 페이지에 설명하십시오.

귀하 본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 개인 필요 수당(PNA)이나 식사 수당을 받는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 해당자\_\_\_\_\_.

귀하 본인이나 가구 구성원 중 소셜 시큐리티 관리국에 의해 승인된 "PASS: 자활 성취를 위한 플랜" 하에서 소득을 받게 되어 있는 사람이 있습니까?

예  아니오 '예'인 경우, 해당자\_\_\_\_\_.

귀하 본인이나 함께 살고 있는 사람 중 동맹파업에 참여하고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 해당자\_\_\_\_\_.

**소득원**

모든 신청자들의 소유 자금 액수는 얼마입니까? (예를 들어, 귀하 수중에, 귀하의 자택에, 당좌 및 저축 계좌에, 또는 공동 소유 계정을 포함한 다른 장소에) \$ \_\_\_\_\_ 이(가) \_\_\_\_\_의 소유임.

다른 금융 자산이 있습니까? (예를 들어, 주식, 채권, 퇴직 연금 계정, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, IRA, 신탁 기금, 머니 마켓 증권)  예  아니오

'예'인 경우, 액수\$ \_\_\_\_\_ 유형 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_ .

귀하 본인이나 귀하의 가구 구성원들은 모두 합해 몇 대의 차, 트럭 또는 기타 차량을 소유하고 있습니까?

#1 연도 \_\_\_\_\_ 제조업체 \_\_\_\_\_ 모델 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_

#2 연도 \_\_\_\_\_ 제조업체 \_\_\_\_\_ 모델 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_

귀하나 다른 신청자 중 재산(귀하 소유의 집 포함)을 소유하고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 재산 및 소유자를 열거하십시오.

재산 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_

신청하는 사람 중, 지난 3 개월 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격을 얻기 위해 현금이나 재산을 팔거나 주거나 양도한 사람이 있습니까?  예  아니오

**주거 상태 및 비용**

귀하의 가구에 해당되는 사항에 모두 체크하십시오.

주택 소유 또는 지불  임대  이동/계절 농업 근로자  영구 거주지 없음  친척 또는 친구와 함께 거주

비용을 열거하십시오.

매월 임대료 또는 주택 불임금 지불 \$ \_\_\_\_\_ 매년 주택세 \$ \_\_\_\_\_ 매년 주택 보험 \$ \_\_\_\_\_ .

난방비를 별도로 지불하십니까?  예  아니오 '예'인 경우, 난방 종류 구체적으로 기입:  가스  전기  기름  장작  석탄  프로판  기타 (열거) \_\_\_\_\_

난방 회사 \_\_\_\_\_ 난방 회사 계정 번호 \_\_\_\_\_

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

3 페이지로 가십시오

5

6

7

## 주거 상태 및 비용 (계속)

전기요금 청구서를 통해서나 별도의 요금으로 에어컨 사용료를 지불하십니까?  예  아니오

전기/가스/수도료(난방/냉방 이외)를 별도로 지불하십니까?  예  아니오 (예를 들어, 조명, 취사용 가스, 세탁기/건조기 이용 비용, 쓰레기, 수도, 공공 서비스 이용을 위한 최초 설치).

이 비용을 귀하를 위해 다른 사람이 대신 지불해 줍니까(섹션 8 이나 다른 보조 프로그램에 일부 예가 나와 있음)?

예  아니오 '예'인 경우, 누가 무엇을 지불합니까? \_\_\_\_\_

귀하 본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 법원 명령으로 자녀 양육비를 지불하는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 해당자 \_\_\_\_\_

양육비가 지급되는 아동(들)의 이름 \_\_\_\_\_

지급 액수 \$ \_\_\_\_\_ 지급 빈도 (예를 들어, 매주, 격주, 매월) \_\_\_\_\_

귀하 및/또는 함께 거주하고 있는 사람 중 맹인/장애자이거나 60 세 이상인 사람이 있습니까? 그러한 경우, 그 사람에게 지불해야 할 의료 청구서가 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 어떤 청구서인지, 얼마인지, 누구에게 지불 책임이 있는지 6 페이지에 열거하십시오.

귀하 및/또는 함께 거주하고 있는 사람 중 메디케이드에 등재되어 있으며 본인 부담액이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 예인 경우, 해당자 \_\_\_\_\_, 금액 \$ \_\_\_\_\_

귀하 및/또는 함께 살고 있는 사람 (16 세 이상) 중 학교나 훈련 과정에 등록되어 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 해당자 \_\_\_\_\_ 장소 \_\_\_\_\_

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

## 아래에 나와 있는 중요 정보를 읽으십시오

**푸드 스탬프 혜택 (FS) 처벌 경고 - FS** 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 모든 정보는 연방정부, 주정부 및 지방정부 직원들에 의해 확인됩니다. 부정확한 정보가 있는 경우, FS 혜택이 거부될 수 있습니다. 의도적으로 부정확한 정보를 제공한 경우 형사 소추를 받을 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택(FS)과 바꾸어 규제 약품(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 판매 또는 구매하여 법정에서 두 번째 유죄 판결을 받거나, 또는 FS와 바꾸어 총기, 무기 또는 폭탄을 팔거나 입수한 것으로 법정에서 유죄 판결을 받는 경우, 또는 \$500 이상의 가치가 있는 FS를 밀매(밀매에는 FS, 승인 카드 또는 액세스 장치의 불법적인 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유가 포함됨)한 것으로 법원에서 유죄 판결을 받는 경우, 또는 세 번째 의도적인 프로그램 위반(IPV)으로 유죄 판결을 받는 경우, 다시는 FS를 받을 수 없게 됩니다.

FS와 바꾸어 규제 약품(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 판매 또는 구매한 것으로 법정에서 최초의 유죄 판결을 받는 경우 2년간 FS를 받을 수 없게 됩니다.

다음은 위반 내용과 그 결과입니다: ■ 최초의 IPV에 대해서는 1년간 FS를 받을 수 없게 됩니다 ■ 두 번째 IPV에 대해서는 2년간 FS를 받을 수 없게 됩니다.

또한 법원은 귀하가 18개월간의 추가 기간 동안 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하도록 금지할 수 있습니다. FS를 여러 개 받기 위해 귀하의 신원이나 거주지에 관해 허위 진술을 하는 경우, 10년간 (또는 세 번째의 IPV인 경우 영구히) FS를 받지 못하게 됩니다.

허위의 또는 오해를 불러일으키는 진술을 하거나 사실을 오도, 은폐 또는 알리지 않는 경우, 또는 쿠폰, 승인 카드 또는 전산 수혜 지급(EBT) 시스템의 일부로 이용되는 재사용 가능한 문서들을 사용, 제출, 양도, 획득하거나 수여 받기 위해 또는 이들을 소유 또는 밀매할 목적으로 연방법이나 주 법률을 위반하는 행위를 저지르는 경우, IPV로 인해 유죄 판결을 받을 수 있습니다.

또한 최고 \$250,000의 벌금형 또는/및 최고 20년의 징역형을 받을 수 있습니다.

### 아래에 나와 있는 중요 정보를 읽으십시오 (계속)

**동의** - 본인은 이 신청서에 서명함으로써 본인의 푸드 스탬프 혜택 요청과 관련하여 본인이 제출한 정보를 증명 또는 확인하기 위한 뉴욕주 임시 장애인 지원국이나 본인이 거주하는 지역의 소셜 서비스 지구의 조사나 이 기관들의 기타 조사에 동의한다는 것을 이해합니다. 추가 정보가 요청되는 경우, 이를 제공할 것이며 또한 푸드 스탬프 혜택 품질 관리 심사에 대한 주 정부 및 연방 정부 직원들에게 협조하겠습니다.

**SUA (표준 전기/가스/수도료 지급액) 정보** - 저는 푸드 스탬프 혜택 (FS) 수혜자가 소득 범주 상 자동적으로 가정 에너지 보조 프로그램(HEAP)을 받을 수 있는 자격이 있다는 것을 이해합니다. 제가 특정 FS 수혜자들에 대한 연례 자동 HEAP 지불 과정에 포함되지 않는 경우, 차후 12개월 이내에 혜택을 신청할 것입니다. 차후 12개월 이내에 HEAP를 신청하지 않기로 결정하는 경우, 본인의 케이스를 담당 직원에게 알려드립니다.

**전화 비용 지급액 정보** - 본인은 푸드 스탬프 혜택 수혜자가 가정용 전화기, 휴대폰, 전화 카드나 동전 사용 전화기를 사용하는 데 요금을 지불하는 경우, 전화 비용 지급액을 받을 자격이 있다는 것을 이해합니다. 전화를 걸기 위한 비용이 없는 경우, 본인의 케이스 담당 직원에게 알려드립니다.

**변경 사항** - 본인은 본인의 요구사항, 소득, 재산, 주거 상태 또는 주소가 변경되는 경우, 본인이 인식하고 있는 한도 내에서 본인의 보고 요건에 따라 이를 해당 기관에 신속히 통보할 것에 동의합니다.

**가구 비용의 보고/확인 요건** - 본인은 본인의 가구가 차일드 케어 및 전기/가스/수도 비용에 대한 푸드 스탬프 혜택 (FS) 공제를 받기 위하여 이 비용들을 반드시 보고해야 한다는 것을 이해합니다. 또한 가구 구성원이 아닌 사람에게 지불되는 임대료/주택 불입금 지불액, 재산세, 보험, 의료비 및 차일드 케어 비용을 반드시 보고 및 확인해야 이러한 비용들에 대한 FS 공제를 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 위의 비용들을 보고/확인하지 않는 경우, 이것이 본인/가구 구성원들이 이와 같은 보고/증명되지 않은 비용들에 대한 공제를 원하지 않는다는 본인의 가구에 의한 진술로 받아들여질 수 있다는 것을 이해합니다. 이러한 비용들이 공제되는 경우, 본인에게 FS에 대한 자격이 생기거나 본인의 FS 혜택이 증가될 수 있습니다. 본인은 차후 언제든지 이러한 비용들을 보고/확인할 수 있다는 것을 이해합니다. 보고/확인 후, 이러한 공제는 변경 사항 보고 및 처리에 대한 규정에 따라 차후의 FS 계산에 적용됩니다.

**사생활 보호법 진술 - 소셜 시큐리티 번호(SSN)의 수집 및 사용** - 1977년 푸드 스탬프 법(개정, 7 US Code 2011-2036)에 따라 푸드 스탬프 혜택과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 SSN의 수집이 승인됩니다. 저희가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 혜택을 (계속) 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 저희는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 이 정보를 확인할 것입니다. 또한 이 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 이 정보는 신원을 확인하고, 근로소득과 불로소득을 확인하고, 신청자나 수혜자가 돈이나 그 외 도움을 받을 수 있는지 결정하기 위해 이용될 것입니다. 이 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에, 그리고 법을 피하여 도주해 있는 사람들을 체포하기 위한 목적으로 법률을 집행하는 관리들에게 공개될 수 있습니다.

SSN이 없거나 받아야 하는 경우, 귀하가 소셜 서비스 지구에 제공하는 정보는 귀하를 위해 SSN을 받는 데 사용될 수 있습니다.

**시민권/이민 상태** - 본인은 위증죄 처벌 하에서 본인 및 본인과 함께 거주하고 있는 모든 사람들의 시민권 및 이민 상태에 관해 본인이 제공한 정보가 사실이며 정확하다는 것을 선언 및/또는 확인합니다. 본인은 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 모든 사람의 이민 상태를 확인하기 위해 미국 시민권 및 이민 서비스 기관에 본인이 제공하는 모든 정보의 사실 여부가 확인될 수 있다는 것을 이해합니다.

아래에 나와 있는 중요 정보를 읽고 아래쪽에 서명하십시오 (계속)

**무차별 통보** – 연방법 및 미국 농업국(USDA)의 방침에 따라, 본 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 연령, 종교, 정치적 믿음 또는 장애에 근거한 차별을 하지 못하게 되어 있습니다. 차별에 대한 항의 사항을 제출하시려면 **USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410** 으로 서신을 보내시거나 (202) 720-5964(음성 및 TDD)로 전화하십시오. USDA는 평등 기회 제공자 및 고용주입니다.

**승인된 대리인** – 귀 가구의 상황을 아는 사람이 귀하를 위해 푸드 스탬프 혜택(FS)을 신청할 수 있도록 승인하실 수 있습니다. 또한 귀하 가구의 구성원 이외의 사람이 귀하를 위해 FS를 받아 귀하를 위해 식품을 사기 위해 이것을 사용하도록 승인할 수도 있습니다. 대리인을 승인하시려는 경우, 아래에 그 사람의 성명, 주소 및 전화번호를 정자로 기입하십시오.

승인된 대리인이 시설에 거주하지 않는 가구를 대신하여 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우, 승인된 대리인과 푸드 스탬프 혜택 가구주 모두 이 페이지의 아래 쪽에 나와 있는 서명 섹션에 서명하고 날짜를 기록하여야 합니다.

**라이프라인: 푸드 스탬프 혜택 신청자/수혜자들의 경우:** 임시 장애자 지원국은 귀하의 성명, 주소 및 전화번호를 전화 서비스 제공업체에 공개할 수도 안 할 수도 있습니다. 귀하의 전화 서비스 제공업체는 할인된 전화 요금로 자사에서 제공하는 라이프라인 서비스에 귀하를 등록시키기 위해 이 정보를 이용할 수도 안 할 수도 있습니다.

이 정보가 공개되기를 원하지 않는 경우 이 칸에 표시하십시오

귀하는 할인된 요금의 라이프라인 서비스에 등록되기 위해 전화 서비스 제공업체에 직접 연락하실 수도 있습니다.

메디케이드만을 신청/수령하는 사람의 경우 할인된 요금의 라이프라인 서비스에 등록하려면 해당 전화 서비스 제공업체에 직접 연락하셔야 합니다.

**증명:** 본인은 위증죄 처벌을 받는다는 조건 하에서 본인이 지방 소셜 서비스 지구에 제공했거나 제공할 정보가 정확하다는 것을 선언 및/또는 확인합니다.

신청자 서명 <b>X</b>	서명 날짜	남편/아내 서명 <b>X</b>	서명 날짜
승인된 대리인 서명 <b>X</b>	서명 날짜		

다른 사람을 대신하여 승인된 대리인으로 신청하시는 경우, 여기에 귀하의 성명과 주소를 정자로 기입하십시오. 원하시는 경우 전화번호를 기입하셔도 됩니다.

성명 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

다른 사람을 위해 이 신청/재증명 양식을 작성하는 데 도움을 주신 경우, 여기에 귀하의 성명과 주소를 정자로 기입하십시오. 원하시는 경우 전화번호를 기입하셔도 됩니다.

성명 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

8  
9  
10

추가 정보는 이 공간에 기입하십시오.

대상: \_\_\_\_\_ 설명:

대상: \_\_\_\_\_ 설명:

대상: \_\_\_\_\_ 설명:

11

본인은 신청/재증명을 취소하는 데 동의합니다. 본인은 언제든지 다시 신청할 수 있다는 것을 이해합니다.

서명

12

날짜

**For Agency Use Only**

Eligibility Determined by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

(Specify) \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Withdrawal  Denial  Recert. Closing

Eligibility Approved by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

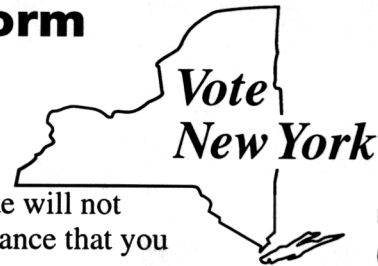
FS Authorization Period: From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

**Comments:**

# NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



**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 check yes, please complete **VOTER REGISTRATION APPLICATION** at bottom of page)

**NO** because I choose not to register OR

I am already registered at my current address OR

I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

(Signature) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Date)

(Please Print Name) \_\_\_\_\_

## IMPORTANT!

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

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with *New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109.*

Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; or visit our web site - [www.elections.state.ny.us](http://www.elections.state.ny.us)

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

## Qualifications for Registration

### You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted
- enroll in a political party or change your enrollment

### To Register You Must:

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

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink**  Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2	I will be 18 years old on or before election day: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		For Board use only!	
	If you answered NO, do not complete this form.			If you answered NO, do not complete this form, unless you will be 18 by the end of the year.			
3	Last Name		First Name		Middle Initial	Suffix	
4	Address Where You Live (do not give P.O. address)			Apt. No.	City/Town/Village	Zip Code	County
5	Address Where You Get Your Mail (if different from above)			P.O. box, star rte., etc.	Post Office	Zip Code	
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M F	8	Home Tel. Number (optional)		9 ID Number - Check the applicable box and provide your number <input type="checkbox"/> New York Driver's License Number <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number  <input type="checkbox"/> I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.
10	The last year you voted		Your Address was (give house number, street, and city)				
	In county/state		Under the name (if different from your name now)				
11	Choose a Party — Check one box only			12	AFFIDAVIT: I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city, or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true. I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. ↓ Signature or mark ↓  X _____ Date		
	<input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY						

Please do not write in this space

## TO COMPLETE THIS FORM:

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

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

**Box 4:** Give your home address.

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

**Box 8:** The completion of this box is optional.

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

**Box 10:** If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

**Box 11:** In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only.

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