



SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN DE CUPONES PARA ALIMENTOS



¿Solamente desea solicitar Cupones para Alimentos?

Puede solicitar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el beneficio de cupones para alimentos. Si desea solicitar otros beneficios tales como, Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

Esta solicitud es solamente para solicitar el beneficio de cupones para alimentos.

Cuando usted solicita el beneficio de cupones para alimentos

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y su firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos debe llenar toda la solicitud y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aun cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar los cupones para los hijos que si satisfacen los requisitos.

¿Necesita cupones de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada de cupones

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir los cupones dentro de 5 días calendario de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios a los hogares que tengan derecho a recibirlos bajo las normas establecidas del proceso acelerado de cupones.

¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud o de cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

Comuníquese con nosotros al _____ si necesita concertar una entrevista por teléfono.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas al llenar esta solicitud o no sabe si reúne los requisitos para recibir cupones para alimentos, comuníquese con nosotros al _____.

Además de la solicitud para los cupones, asegúrese de recibir copias de:

- **LDSS-4148A-SP:** «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»
- **LDSS-4148B-SP:** «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales»
- **LDSS-4148C-SP:** «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

INGRESOS

Incluya **TODOS** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes de ingresos pueden incluir, pero no se limitan, a los siguientes: **salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, Asistencia Pública e ingresos provenientes de amigos o parientes.**

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	¿Con qué frecuencia lo recibe? (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene usted o alguna persona que vive con usted, gastos por cuidado de niños/personas a cargo relacionados con un empleo o capacitación? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

Cantidad pagada (\$) _____ *¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual)* _____.

Usted o alguna de las personas que vive con usted, ¿ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo menos horas de trabajo o menos ingresos? Sí No

¿Cuenta usted o alguna de las personas que viven con usted, con un ingreso potencial que aún no ha recibido? Sí No *En caso afirmativo, explique en la página 6.*

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

¿Ha ahorrado usted o alguna de las personas que viven con usted, ingresos bajo el programa autorizado de la Administración de Seguro Social PASS: Plan para la autosuficiencia?

Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

RECURSOS

¿Cuánto dinero tiene cada una de las personas que solicita beneficios? (Por ejemplo: cuánto tienen consigo, en su hogar, en la cuenta corriente y caja de ahorro o en otro lugar, incluyendo cuentas en tenencia conjunta). \$ _____ pertenecen a _____.

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de jubilación (IRA), fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero)

Sí No

En caso afirmativo, cantidad en \$ _____ *Tipo* _____ *Propietario* _____.

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted o alguna de las personas que viven con usted?

____ **Nº 1** Año ____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____:

____ **Nº 2** Año ____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia? Sí No *En caso afirmativo, indique propiedad* _____ *Propietario* _____.

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses a fin de reunir los requisitos para recibir cupones? Sí No

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

Vivienda propia o la está pagando Renta Trabajador migrante estacional de finca No tiene residencia permanente Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ _____ Impuestos inmobiliarios anuales \$ _____ Seguro anual de la casa \$ _____.

¿Paga calefacción por separado? Sí No *En caso afirmativo, especifique qué tipo de calefacción:* Gas Electricidad Fuel oil Leña Carbón Propano Otro (Indique) _____.

Nº de cuenta que tiene con la compañía de calefacción _____

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

Vaya a la página 3

VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado? Sí No

¿Paga los servicios públicos por separado (*aparte de la calefacción / aire acondicionado*)? Sí No (*por ejemplo: luz, gas para cocinar, gastos de lavandería, recolección de desperdicios y basura, agua, pago inicial por acceso a servicios públicos*).

¿Paga alguna otra persona estos gastos por usted (*por ejemplo: Sección 8 u otro programa de subsidio*)? Sí No En caso afirmativo, ¿quién paga qué? _____ 7 .

¿Paga usted o alguna de las personas que vive con usted, sustento de menores por orden judicial? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

Nombre o nombres del niño o niños por los cuales se paga sustento de menores _____

Cantidad del pago \$ _____ Frecuencia del pago (*por ejemplo, semanal, quincenal, mensual*) _____

¿Usted y/o alguna de las personas que viven con usted es ciego(a), incapacitado(a) o tiene por lo menos 60 años de edad? En caso afirmativo, ¿Tiene dicha persona gastos médicos? Sí No

En caso afirmativo, haga una lista en la página 6 de dichos gastos indicando el tipo de gasto, el monto y quién es el responsable de dichos gastos.

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted Medicaid con requisito de sobrante (*spenddown*)? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____ monto \$ _____

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted (*de 16 años de edad o mayor*) asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿dónde? _____

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS (FS) - Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir los cupones para alimentos estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrán denegar los cupones. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

Nunca más podrá obtener beneficios de cupones para alimentos si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar cupones para alimentos por un valor de \$500 ó más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de cupones para alimentos, tarjetas de autorización o elementos de acceso; o si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional al Programa (IPV).

No podrá recibir cupones para alimentos durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que sólo se pueden comprar con receta médica) a cambio de cupones para alimentos.

Si ha cometido su: ■ Primera IPV, no podrá recibir los cupones por el periodo de un año. ■ Segunda IPV, no podrá recibir los cupones por un periodo de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir beneficios de cupones durante un periodo de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de cupones, no podrá recibir cupones durante un periodo de diez años (o **en forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; o comete un acto que constituya una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta \$250,000, pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

CONSENTIMIENTO - Entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud de cupones para alimentos. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa de cupones para alimentos.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA) - Entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos para el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP para ciertos beneficiarios de cupones para alimentos, tengo intenciones de solicitar el beneficio dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS - Entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos para una asignación telefónica si pagan por el uso de un teléfono en el hogar, teléfono celular, un teléfono, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CAMBIOS - Acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR - Entiendo que mi hogar debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al programa de cupones (FS). Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler/hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los cupones. Entiendo que el no reportar/no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo/nosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados/no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir cupones o aumentar mis beneficios de cupones. Entiendo que puedo reportar/verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de cupones en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) - La recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto a los cupones, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento mediante programas informáticos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse a agencias estatales y federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia.

Si no tiene un número de seguro social y necesita obtener uno, la información que usted suministre al distrito de Servicios Sociales se puede utilizar para obtener uno.

CIUDADANÍA / CONDICIÓN MIGRATORIA - Declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi situación de ciudadanía estadounidense o condición migratoria, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services*) puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) de cupones para alimentos.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME AL FINAL DE LA PÁGINA (continuación)

INFORMACIÓN SOBRE POLÍTICA ANTIDISCRIMINATORIA - Según la política de las leyes federales y del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO - Usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los cupones por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar, para que obtenga los cupones en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, escriba en letra de molde abajo, el nombre de dicha persona, el domicilio y el número de teléfono.

Cuando un representante autorizado solicita a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página.

LIFELINE: solicitantes / beneficiarios de cupones para alimentos: Es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (*NYS Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio a su compañía telefónica. Es posible que la compañía telefónica use esta información para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

Si no desea que se revele este tipo de información, marque este casillero

CERTIFICACIÓN: Juro y/o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es verdadera.

FIRMA DEL SOLICITANTE X	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA X	FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO X	FECHA DE LA FIRMA		

SI PRESENTA ESTA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO DE OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y SU DOMICILIO - PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y DOMICILIO EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién? _____ Explicación:

¿Quién? _____ Explicación:

¿Quién? _____ Explicación:

11

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN Entiendo que puedo volver a presentar la solicitud cuando lo desee. **(I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time).**

FIRMA (SIGNATURE):

12

FECHA (DATE):

Para uso exclusivo de la Agencia (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 _____

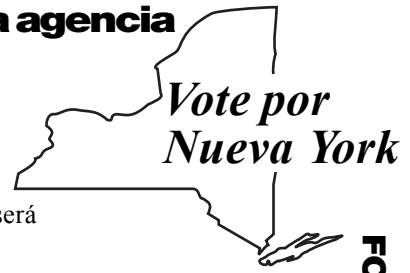
FS Authorization Period: From _____ To _____

Comments:

Formulario de inscripción del votante emitido por una agencia del Estado de Nueva York

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN INGLÉS

本表格有中文文本



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE

¡IMPORTANTE!

El hecho de solicitar o rehusar la inscripción para votar no afectará la magnitud de la asistencia que le será proporcionada por esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción del votante, nosotros se la brindaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es sólo suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted piensa que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir inscribirse o no, o para solicitar inscribirse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una demanda ante la *Junta Electoral del Estado de Nueva York, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109. Teléfono: 1-800-469-6872, TTY (línea para discapacitados auditivos) 1-800-533-8683; o visite nuestro sitio en la red - www.elections.state.ny.us*

Su decisión de registrarse permanecerá confidencial y solamente será utilizada para los fines de inscripción del votante. Toda persona que escoja no inscribirse para votar y/o la información referente a la oficina ante la cual se presentó la solicitud permanecerán confidenciales, para ser utilizadas solamente para los fines de inscripción del votante.

“Si usted no está inscripto para votar en el lugar de su residencia actual, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí y ahora?”

SÍ (Si marca Sí, sírvase completar la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE al final de esta página)

NO, porque elijo no inscribirme, O

Ya estoy inscripto en mi residencia actual, O

Ya solicité y recibí un formulario de inscripción por correo.

Si usted no marca una de las casillas, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.

(Firma)

(Fecha)

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

Requisitos para la inscripción

Usted puede utilizar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York.
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó.
- inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.

Para inscribirse, usted debe:

- ser ciudadano norteamericano.
- haber cumplido 18 años de edad antes del 31 de diciembre del año en que usted presente este formulario. (Nota: usted debe tener 18 años de edad para el día de la elección general, primaria u otra elección en la cual desee votar).
- haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York por lo menos 30 días antes de una elección.
- no estar en prisión o bajo libertad condicional por la condena de un delito.
- no reclamar el derecho de voto en otro lugar.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE (Instrucciones en el reverso)

NVRA-05 (10/03)

Sí, necesito una solicitud para una Boleta de ausente

Sírvase completar con letras de imprenta en tinta azul o negra

Sí, me gustaría ser un Trabajador para el día de las elecciones

1 ¿Es usted ciudadano norteamericano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2 Tendré 18 años el día de las elecciones o antes: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¡Para uso exclusivo de la Junta!	
Si respondió NO, no complete este formulario.		Si respondió NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.			
3 Apellido		Nombre		Inicial segundo nombre	
4 Domicilio de su hogar (no escriba casilla de correo)		Nº de apto		Ciudad/Pueblo/Aldea	
5 Domicilio postal (si difiere del anterior)		Casilla de correo, Nº de ruta, etc.		Oficina de correos	
6 Fecha de nacimiento		7 Sexo (encierra en un círculo) M F		8 Nº de teléfono de su hogar (opcional)	
10 Último año en que usted votó		Su domicilio era (escriba calle, número y ciudad)		9 Número de identificación – Marque el recuadro que corresponda y escriba el número <input type="checkbox"/> Nº de licencia de conducir de Nueva York <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de su Nº de seguro social → <input type="checkbox"/> No poseo ninguno de dichos números	
En el condado/estado		Con el nombre (si difiere del que utiliza actualmente)			
11 Elija un partido – Marque sólo un recuadro <input type="checkbox"/> PARTIDO REPUBLICANO <input type="checkbox"/> PARTIDO DEMÓCRATA <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LA INDEPENDENCIA <input type="checkbox"/> PARTIDO CONSERVADOR <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LAS FAMILIAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) <input type="checkbox"/> NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO		12 Recuerde que para votar en una elección primaria , usted debe estar inscripto en uno de estos partidos		DECLARACIÓN JURADA: Juro o afirmo que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o pueblo durante al menos 30 días con anterioridad a la elección. • Cumpló con todos los requisitos para inscribirme para votar en el estado de Nueva York. • Mi firma o huella figura en la línea que está a continuación. • La información precedente es verdadera. Entiendo que si no fuera verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta \$5.000 y/o encarcelado por un máximo de cuatro años. ↓ Firma o marca ↓ X _____ Fecha _____	

Por favor no escribir en este espacio

PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Recuadro 1: Debe estar completo. Si usted responde NO, no complete este formulario.

Recuadro 2: Debe estar completo; no obstante, si usted responde NO, no complete este formulario A MENOS QUE usted sea un residente de Nueva York que habrá cumplido los 18 años de edad antes de finalizar este año.

Recuadro 4: Escriba el domicilio de su hogar.

Recuadro 5: Escriba su domicilio postal si difiere del de su hogar (Nº de casilla de correo, Nº de ruta, etc.)

Recuadro 8: Es opcional completar este recuadro.

Recuadro 9: Debe estar completo. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Nº de seguro social.

Recuadro 10: Si usted nunca ha votado antes, escriba "None" (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba "Same" (mismo).

Recuadro 11: Para poder votar en la elección primaria de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos en Nueva York. Marque sólo un recuadro.

Recuadro 12: Esta solicitud debe estar firmada y fechada con tinta.