



Formularz rejestracyjny wyborców w stanie Nowy Jork

Formularz należy wypełnić w języku angielskim.

Zarejestruj się, aby zagłosować

Wypełniając niniejszy formularz rejestrujesz się do głosowania w stanie Nowy Jork. Formularz można również wykorzystać do:

- zmiany nazwiska lub adresu na swoim formularzu rejestracyjnym
- zarejestrowania się jako członek partii politycznej
- zmiany członkostwa w partii

Aby zarejestrować się:

- należy być obywatelem USA
- należy mieć ukończone 18 lat przed końcem tego roku
- nie wolno przebywać w więzieniu ani na zwolnieniu warunkowym w związku z wyrokiem skazującym za przestępstwo
- nie należy starać się o prawo do głosowania w innym miejscu

Formularz można wysłać lub dostarczyć osobiście

Wypełnij poniższy formularz i wyślij go na adres swojego okręgu podanej na odwrocie tego formularza lub dostarcz formularz osobiście do biura Komisji Wyborczej w swoim okręgu.

Formularz należy wysłać pocztą lub dostarczyć osobiście co najmniej 25 dni przed terminem wyborów, w których chcesz głosować. Okręg poinformuje, że zostałeś(-aś) zarejestrowany(-a) na liście wyborczej.

Pytania?

Zadzwoń do okręgowej Komisji Wyborczej podanej na odwrocie tego formularza lub pod numer 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY wybierz 711)

Znajdź odpowiedzi lub narzędzia na naszej stronie www.elections.ny.gov

Weryfikacja tożsamości

Postaramy się zweryfikować twoją tożsamość przed dniem wyborów poprzez numer DMV (numer prawa jazdy lub numer dowodu tożsamości nieuprawnającego do prowadzenia pojazdu) lub cztery ostatnie cyfry twojego numeru ubezpieczenia społecznego, w zależności od tego, który podasz poniżej.

Osoby, które nie posiadają numeru DMV lub numeru ubezpieczenia społecznego, mogą użyć ważnego dokumentu tożsamości ze zdjęciem, aktualnego rachunku za media, wyciągu bankowego, czeku, czeku rządowego lub innego dokumentu rządowego, na którym widnieje ich nazwisko i adres. Do formularza można dołączyć kopię jednego z tych dokumentów tożsamości - należy taśmą skleić boki formularza.

Jeśli nie będziemy w stanie zweryfikować twojej tożsamości przed dniem wyborów, podczas pierwszego głosowania zostaniesz poproszony(-a) o okazanie dowodu tożsamości.

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 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

বাড়ি আপনিস এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে কোল কলুন

! Uzyskanie fałszywej rejestracji lub podanie nieprawdziwych informacji Komisji Wyborczej stanowi przestępstwo. It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Proszę wypełnić drukowanymi literami w kolorze niebieskim lub czarnym. Please print in blue or black ink.

Wymagania Qualifications

1 Czy masz obywatelstwo amerykańskie? Tak Nie
Are you a citizen of the U.S.? Yes No

Jeśli odpowiedź brzmi *Nie*, nie możesz zarejestrować się do głosowania.
If you answer No, you cannot register to vote.

2 Czy w dniu wyborów lub wcześniej będziesz miał(a) ukończone co najmniej 18 lat?
Will you be 18 years of age or older on or before election day? Tak Nie
Yes No

Jeśli odpowiedź brzmi *Nie*, nie możesz zarejestrować się do głosowania jeśli do końca roku nie ukończysz 18 lat.
If you answer No, you cannot register to vote unless you will be 18 by the end of the year.

Tylko do wykorzystania przez komisję
For board use only

Imię i nazwisko Your name

3 Nazwisko Last name _____ Tytuł Suffix _____

Imię First name _____ Inicjał drugiego imienia Middle Initial _____

Więcej informacji More information

Punkty 5, 6 i 7 są opcjonalne
Items 5, 6 & 7 are optional

4 Data urodzenia Birth date / /

5 Płeć Sex M K
M F

6 Numer telefonu Phone - -

7 E-mail

Adres zamieszkania The address where you live

8 Adres (nie skrytka pocztowa) Address (not P.O. box) _____

Nr mieszkania Apt. Number _____ Kod pocztowy Zip code _____

Miasto/miejscowość/wieś City/Town/Village _____

Okręg w stanie Nowy Jork New York State County _____

Adres korespondencyjny The address where you receive mail

Pomiń, jeśli taki sam jak wyżej
Skip if same as above

9 Adres lub skrytka pocztowa Address or P.O. box _____

Skrytka pocztowa P.O. Box _____ Kod pocztowy Zip code _____

Miasto/miejscowość/wieś City/Town/Village _____

Historia głosowania Voting history

10 Czy głosowałeś(-aś) już wcześniej? Tak Nie
Have you voted before? Yes No

11 W którym roku? What year?

Informacje dotyczące głosowania, które uległy zmianie

Pomiń, jeśli informacje nie uległy zmianie lub jeśli wcześniej nie głosowałeś(-aś)
Voting information that has changed
Skip if this has not changed or you have not voted before

12 Wcześniejsze imię i nazwisko Your name was _____

Wcześniejszy adres Your address was _____

Wcześniejszy stan zamieszkania lub okręg w Nowym Jorku Your previous state or New York State County was _____

Identyfikacja

Należy wybrać jedną opcję
W przypadku pytań proszę zapoznać się z powyższą częścią Weryfikacja tożsamości.

Identification
You must make 1 selection
For questions, please refer to Verifying your identity above.

13 Numer DMV w stanie Nowy Jork New York State DMV number _____

Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego Last four digits of your Social Security number _____ x x x - x x - _____

Nie mam prawa jazdy ze stanu Nowy Jork ani numeru ubezpieczenia społecznego.
I do not have a New York State driver's license or a Social Security number.

Partia polityczna

Należy wybrać jedną opcję
Zapisanie się do partii politycznej jest opcjonalne, jednak aby móc głosować w prawyborach danej partii politycznej wyborca musi zapisać się do tej partii, chyba że stanowe zasady dotyczące partii mówią inaczej.

Political party
You must make 1 selection
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.

14 **Chcę się zapisać do partii politycznej**
I wish to enroll in a political party

Partia Demokratyczna (Democratic party)

Partia Republikańska (Republican party)

Partia Konserwatywna (Conservative party)

Partia Rodzin Pracujących (Working Families party)

Partia Zielonych (Green party)

Partia Libertariańska (Libertarian party)

Partia Niepodległości (Independence party)

Partia SAM (SAM party)

Inne (Other) _____

Nie chcę się zapisać do partii politycznej i chcę być wyborcą niezależnym
I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter

Żadna partia (No party)



Oświadczenie: Składam oświadczenie pod przysięgą lub potwierdzam, że

- Jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych.
- Będę mieszkał(a) w danym okręgu, mieście lub wsi przez okres co najmniej 30 dni przed wyborami
- Spełniam wszystkie wymagania do zarejestrowania się do głosowania w stanie Nowy Jork.
- W polu poniżej znajduje się mój podpis lub znak.
- Powyższe informacje są prawdziwe, rozumiem, że w przypadku podania nieprawdziwych informacji mogę zostać skazany(-a) i ukarany(-a) grzywną w wysokości do 5000 USD i/lub skazany(-a) na karę więzienia na okres do czterech lat.

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 in the box 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.

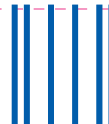
16 Podpis Sign _____

Data Date _____

Pytania opcjonalne Optional questions

15 Zgłaszam się na ochotnika do pracy w dniu wyborów.
I need to apply for an Absentee ballot.

Chciał(a)bym pracować przy wyborach.
I would like to be an Election Day worker.



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO 5410 NEW YORK NY

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BOARD OF ELECTIONS
32 BROADWAY FL 7
NEW YORK NY 10275-0830



Board of Elections Borough Offices



General Office

32 Broadway, 7 Fl
New York, NY 10004-1609
Tel: 1.212.487.5300 / 1.212.487.5400
Phone Bank: 1.866.VOTE.NYC
E-mail: electioninfo@boe.nyc.ny.us
Web Page: www.vote.nyc.ny.us

Brooklyn

345 Adams Street, 4 Fl
Brooklyn, NY 11201
Tel: 1.718.797.8800

Staten Island

1 Edgewater Plaza, 4 Fl
Staten Island, NY 10305
Tel: 1.718.876.0079

Queens

118-35 Queens Boulevard, 11th Fl
Forest Hills, NY 11375
Tel: 1.718.730.6730

Borough Offices

Manhattan

200 Varick Street, 10 Fl
New York, NY 10014
Tel: 1.212.886.2100

Bronx

1780 Grand Concourse, 5 Fl
Bronx, NY 10457
Tel: 1.718.299.9017

(Opcjonalnie) Zarejestruj się jako dawca narządów i tkanek

Osoby, które chcą być dawcami narządów i tkanek mogą zarejestrować się online w Rejestrze Departamentu Zdrowia (DOH) w stanie Nowy Jork *Donate Life*™ na stronie www.nyhealth.gov lub poniżej wpisać swoje imię i nazwisko i adres.

DOH wyśle pismo z potwierdzeniem, w którym zapewni możliwość ograniczenia dawstwa.



Nazwisko _____

Imię _____

Inicjał drugiego imienia | _____ Przyrostek _____

Adres _____

Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Data urodzenia | M | M | / | D | D | / | R | R | R | R | _____ Płeć M K

Kolor oczu _____ Wzrost | _____ | stóp | _____ | cali

Adres e-mail _____ Nr DMV lub ID NYC _____

Podpisując się poniżej oświadczasz, że:

- masz ukończone co najmniej 18 lat;
- wyrażasz zgodę na oddanie wszystkich swoich narządów i tkanek do transplantacji, badań lub do obu celów;
- upoważniasz Komisję Wyborczą do przekazania twojego imienia i nazwiska oraz informacji identyfikujących Departamentowi Zdrowia w celu zarejestrowania w Rejestrze;
- upoważniasz DOH do udostępnienia tych informacji w chwili swojej śmierci regulowanymi na szczeblu federalnym organizacjom zajmującym się pozyskiwaniem narządów oraz bankom tkanek i oczu oraz szpitalom licencjonowanym w stanie Nowy Jork.

--	--

Podpis _____ Data _____