



Modulo d'iscrizione per gli elettori dello Stato di New York

Il modulo deve essere compilato in lingua inglese.

Iscriversi al voto

Il presente modulo permette di iscriversi al voto per le elezioni nello Stato di New York. Il modulo può inoltre essere utilizzato per:

- modificare il nome o l'indirizzo sulla Sua iscrizione al voto
- diventare membro di un partito politico
- modificare la Sua iscrizione a un partito

Per iscriversi è obbligatorio:

- essere cittadini degli Stati Uniti;
- aver compiuto almeno 18 anni entro la fine dell'anno in corso;
- non essere in prigione o in liberazione condizionale per un reato maggiore;
- non aver rivendicato il diritto al voto altrove.

Inviare o consegnare il presente modulo

Compilare il seguente modulo e inviarlo all'indirizzo della Sua contea riportato sul retro del presente modulo, oppure portare questo modulo direttamente alla sede della Commissione elettorale (Board of Elections) della Sua contea.

Spedisca o consegni il presente modulo con almeno 25 giorni di anticipo sulle elezioni a cui desidera partecipare come elettore. La Sua contea le comunicherà l'avvenuta iscrizione al voto.

Domande?

Chiami la Commissione elettorale (Board of Elections) della Sua contea, che trova sul retro del modulo, oppure chiami il numero 1-800-FOR-VOTE (Servizio TDD/TTY per non udenti: 711)

Sul nostro sito Web si trovano tante risposte e strumenti:

www.elections.ny.gov

Verificare la Sua identità

Tenteremo di verificare la Sua identità prima del giorno delle elezioni tramite il numero di DMV (Motorizzazione civile) (numero della patente di guida o numero identificativo di documento diverso dalla patente di guida), oppure tramite le ultime quattro cifre del Suo numero di previdenza sociale che ci fornirà di seguito.

Qualora non disponesse di un numero di DMV o di previdenza sociale, può utilizzare un documento d'identità valido munito di fotografia, una bolletta relativa a un'utilenza attiva, un estratto conto bancario, una busta paga, un assegno statale o qualsiasi altro documento rilasciato dal governo che riporti il Suo nome e indirizzo. Può includere al presente modulo una copia di uno dei suddetti documenti identificativi; si assicuri di chiudere con nastro adesivo i lati del modulo.

Qualora non fossimo in grado di verificare la Sua identità prima del giorno delle elezioni, Le sarà chiesto di mostrare un documento d'identità al momento del Suo primo voto.

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.

বাংলা: এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে কোল কল করুন

È reato fornire false iscrizioni o informazioni alla Commissione elettorale (Board of Elections). It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Scrivere in stampatello con inchiostro blu o nero. Please print in blue or black ink.

Requisiti d'idoneità Qualifications

1 È in possesso della cittadinanza degli Stati Uniti? Sì No
Are you a citizen of the U.S.? Yes No

Se risponde di No, non può iscriversi al voto.
If you answer No, you cannot register to vote.

2 Avrà già compiuto almeno 18 anni prima o nello stesso giorno delle elezioni? Sì No
Will you be 18 years of age or older on or before election day? Yes No

Se risponde di No, non potrà iscriversi al voto a meno che compia 18 anni entro la fine dell'anno.
If you answer No, you cannot register to vote unless you will be 18 by the end of the year.

Riservato esclusivamente alla Commissione
For board use only

Nome dell'elettore Your name

3 Cognome Last name _____ Suffisso Suffix _____
Nome di battesimo First name _____ Iniziale 2° nome Middle Initial _____

Informazioni aggiuntive I campi 5, 6 e 7 sono opzionali More information Items 5, 6 & 7 are optional

4 Data di nascita Birth date M M / G G / A A A A 5 Sesso Sex M F
6 Telefono Phone _____ 7 E-mail _____

Indirizzo di residenza The address where you live

Indirizzo (non ammesse le caselle postali) Address (not P.O. box)
8 App. Numero Apt. Number _____ Cod. Postale Zip code _____
Città/Comune/Frazione City/Town/Village _____
Contea dello Stato di New York New York State County _____

Indirizzo postale Tralasciare se identico all'indirizzo di cui sopra The address where you receive mail Skip if same as above

9 Indirizzo o casella postale Address or P.O. box
Casella postale P.O. Box _____ Cod. Postale Zip code _____
Città/Comune/Frazione City/Town/Village _____

Precedenti di voto Voting history

10 Ha mai votato in precedenza? Sì No 11 In che anno? What year? _____

Modifiche alle informazioni rilevanti per il voto Tralasciare se non ci sono state modifiche o se non ha mai votato in precedenza Voting information that has changed Skip if this has not changed or you have not voted before

12 Nome precedente Your name was _____
Indirizzo precedente Your address was _____
Stato o contea dello Stato di New York precedenti Your previous state or New York State County was _____

Identificazione È obbligatorio selezionare 1 opzione In caso di domande, consultare la sezione Verificare la Sua identità riportata in precedenza. Identification You must make 1 selection For questions, please refer to Verifying your identity above.

13 Numero DMV dello Stato di New York New York State DMV number _____
 Ultime quattro cifre del Suo numero di previdenza sociale Last four digits of your Social Security number x x x - x x - _____
 Non possiedo una patente di guida dello Stato di New York, né un numero di previdenza sociale. I do not have a New York State driver's license or a Social Security number.

Partito politico È obbligatorio selezionare 1 opzione L'iscrizione a un partito politico è opzionale; tuttavia, al fine di poter votare alle elezioni primarie di un partito politico, è necessario iscriversi a tale partito, salvo diverse disposizioni da parte dei regolamenti statali relativi ai partiti politici. 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 **Desidero iscrivermi a un partito politico I wish to enroll in a political party**
 Partito democratico (Democratic party)
 Partito repubblicano (Republican party)
 Partito conservatore (Conservative party)
 Partito delle famiglie lavoratrici (Working Families party)
 Partito dei verdi (Green party)
 Partito libertario (Libertarian party)
 Partito per l'indipendenza (Independence party)
 Partito SAM (SAM party)
 Altro (Other) _____
Non desidero iscrivermi a un partito politico e desidero essere un elettore indipendente I do not wish to enroll in a political party and wish to be an independent voter
 Nessun partito (No party)

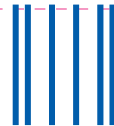
Dichiarazione giurata: giuro o dichiaro Affidavit: I swear or affirm that

- di essere cittadino/a degli Stati Uniti;
 - che alla data delle elezioni risiederò da almeno 30 giorni nella contea, nella città o nella frazione riportata in precedenza;
 - di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti per l'iscrizione al voto nello Stato di New York;
 - che nella casella sottostante ho apposto la mia firma o croce autografa;
 - che le informazioni di cui sopra sono veritiere; sono a conoscenza del fatto che, qualora non fossero veritiere, è prevista una sanzione fino a \$5.000 e/o la detenzione fino a quattro anni.
- 16 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.

Domande opzionali Optional questions

15 Ho bisogno di presentare una richiesta di voto per corrispondenza (Absentee Ballot). I need to apply for an Absentee ballot.
 Vorrei partecipare come scrutatore / scrutatrice. I would like to be an Election Day worker.

Firma Sign _____
Data Date _____



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

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

Queens

118-35 Queens Boulevard, 11th Fl

Forest Hills, NY 11375

Tel: 1.718.730.6730

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

(Opzionale) Iscrizione per la donazione di organi e tessuti

Se desidera diventare donatore / donatrice di organi e tessuti, può iscriversi al Registro *Donate Life*TM del Dipartimento di Sanità (DOH) dello Stato di New York tramite il sito Web www.nyhealth.gov oppure fornire il Suo nome e indirizzo di seguito.

Riceverà una lettera di conferma da parte del DOH che le darà anche l'opportunità di limitare il Suo consenso alla donazione.



Cognome _____

Nome di battesimo _____

Iniziale secondo nome _____

Suffisso _____

Indirizzo _____

App. Numero _____

Cod. Postale _____

Città _____

Data di nascita | M | M | / | G | G | / | A | A | A | A | _____

Sesso M F

Colore occhi _____

Altezza | | Ft. | | In. | _____

Email _____

Numero DMV o ID NYC _____

Apponendo di seguito la Sua firma, Lei certifica di:

- avere almeno 18 anni;
- acconsentire alla donazione di tutti i Suoi organi e tessuti per trapianti, ricerche o entrambi;
- autorizzare la Commissione elettorale (Board of Elections) a fornire il Suo nome e i Suoi dati identificativi al DOH per l'iscrizione al Registro;
- di autorizzare il DOH a consentire l'accesso a tali dati, al momento del Suo decesso, alle organizzazioni di fornitura di organi regolamentate a livello federale, alle banche di occhi e tessuti dotate di licenza dello Stato di New York e agli ospedali.

--	--

Firma

Data