

Formulario de registro de votantes del estado de Nueva York

(Vea las instrucciones en la página 1)

! Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

Llene en letra de molde con tinta azul o negra.

! Calificaciones	1	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Si responde <i>No</i> , no puede registrarse para votar.	Uso exclusivo de la Junta electoral	
	2	¿Tendrá usted 18 años o más el día de las elecciones o antes de esa fecha? ☐ Sí ☐ No Si responde <i>No</i> , no puede registrarse para votar a menos que vaya a tener 18 años a n de año.		
Su nombre	3	Apellido Nombre	Su jo Inicial del segundo nombre	
Más información	4	Fecha de nacimiento / /	5	Sexo ☐ M ☐ F
	6	Teléfono (optativo) -		
Domicilio donde vive	7	Domicilio (que no sea un P.O. Box)		
		Apt. N°	Código postal	
		Ciudad/Pueblo/Aldea		
		Condado del estado de Nueva York		
Domicilio donde recibe el correo No lo llene si es igual al anterior	8	Domicilio o P.O. Box		
		P.O. Box	Código postal	
		Ciudad/Pueblo/Aldea		
Antecedentes electorales	9	¿Ha votado alguna vez? ☐ Sí ☐ No	10	¿En qué año?
Información electoral que ha cambiado No llene esta sección si no ha cambiado la información o no ha votado anteriormente	11	Su nombre era		
		Su domicilio era		
		Su anterior estado o condado dentro del estado de Nueva York era		
Identificación Debe seleccionar una casilla Si tiene preguntas, consulte Verificación de su identidad más arriba.	12	☐ Número de DMV del estado de Nueva York		
		☐ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social xxx xx		
		☐ No tengo licencia de conductor del estado de Nueva York ni número de Seguro Social.		
Partido político Usted debe seleccionar uno Para votar en elecciones primarias, debe estar afiliado en uno de estos partidos que se enumeran; excepto por el Partido de la Independencia, que permite que votantes no afiliados participen en ciertas elecciones primarias.	13	☐ Partido Demócrata	! Declaración jurada : Juro o declaro que t 4 P Z J V E B E R T U B E O J E P T t) B C S F T J E J E P P O E B E R P B M E F B S un mínimo de 30 días antes de las elecciones t 3 F D O P E R I F R V J Q B S O T D S J C J S N F como votante en el Estado de Nueva York. t - B n S N P B S B B P O U J O F E D N Q O X M F U S B t - B O G P S N B D F O G S F D W E P S E B E O S B F O E P que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta \$5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años.	
		☐ Partido Republicano		
Preguntas optativas	14	☐ Partido Conservador	Firma Fecha	
		☐ Partido de las Familias Trabajadoras		
		☐ Partido de la Independencia		
		☐ Partido Verde		
		☐ Otros -----		
		☐ No quiero afiliarme a ningún partido		
		☐ Necesito una boleta de votación por correo (optativo)		
		☐ Quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones (optativo)		

(optativo) Regístrese para donar órganos y tejidos



Si quiere donar órganos y tejidos, puede inscribirse en el Registro *Donate Life*™ del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés) del Estado de Nueva York. Regístrese en internet en www.nyhealth.gov o indique su nombre y domicilio a continuación.

Recibirá una carta de confirmación del DOH que también le ofrecerá la posibilidad de limitar su donación.

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Su jo

Domicilio

Apt. N°

Código postal

Ciudad

Fecha de nacimiento

M

M

/

D

D

/

A

A

A

A

Sexo

☐ M

☐ F

Color de ojos

Estatura Pulg.

Pies

Mediante su firma a continuación, usted certifica que:

- t U J F O B x P P I N È T
- t Q S F T V D B O T F O U Q B F D O P S
- t B V U P B M E B O U N F D B P C S B M F M B S
- t B V U P B M E B O U N F D B P C S B M F M B S

Firma

Fecha