

Su dirección



Coloque aquí el sello de correos de primera clase

Antes de enviar este formulario por correo, quite la cinta adhesiva, dóblelo y séllelo.

Dirección de la Junta Electoral de su condado (seleccione una de las que figura abajo)

MONROE COUNTY

BOARD OF ELECTIONS

39 W MAIN ST STE 106

ROCHESTER NY 14614-1490

Regístrese para votar

Con este formulario, usted se registra para votar en las elecciones del estado de Nueva York. También puede usar este formulario para:

- cambiar el nombre o la dirección en su registro de votante;
- afiliarse a un partido político;
- cambiar su afiliación a un partido político;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar;
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

Envíe este formulario por correo o entréguelo en la Oficina de la Junta

Complete el formulario de abajo y envíelo a la dirección de su condado que figura al dorso, o entréguelo en la oficina de la Junta Electoral de su condado.

Este formulario debe recibirse a más tardar 10 días antes de la elección en la que quiere votar. Su condado le notificará que está registrado para votar.

¿Tiene alguna pregunta?

Comuníquese con la Junta Electoral de su condado que figura al dorso de este formulario o llame al 1-800-FOR-VOTE (para TDD/TTY, marque 711).

Consulte las respuestas y las herramientas disponibles en nuestro sitio web www.elections.ny.gov.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social, que usted indicará abajo.

Si no tiene número del DMV o de Seguro Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de estos tipos de identificación. Asegúrese de doblar el formulario y de sellarlo a cada lado con cinta adhesiva.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

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.

মডি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

(Opcional) Inscríbese para donar órganos o tejidos



Si desea ser donante de órganos o tejidos después de su muerte, puede inscribirse en el Registro *Donate Life*™ del estado de Nueva York por Internet en www.donatelife.ny.gov o completar el formulario de abajo.

Recibirá una carta o un correo electrónico de confirmación que le dará también la posibilidad de limitar su donación.

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Sufijo

Dirección

N.º de apto.

Código postal

Ciudad

Fecha de nacimiento

MM/DD/AAAA

Sexo M F

Color de ojos

Estatura _____ pies _____ pulgadas

Correo electrónico

Número del DMV o de id. de NYC

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro *Donate Life*™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a otorgar el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a las entidades autorizadas por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.

Firma

Fecha