



# 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](http://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 আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে কল করুন

! 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?  Tak  Nie  
Will you be 18 years of age or older on or before election day? 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

3 Imię i nazwisko Your name

Nazwisko Last name

Imię First name

Tytuł Suffix

Inicjał drugiego imienia Middle Initial

Więcej informacji Punkty 5, 6 i 7 są opcjonalne  
More information Items 5, 6 & 7 are optional

4 Data urodzenia Birth date

5 Płeć Sex  M  K

6 Numer telefonu Phone

7 E-mail

8 Adres zamieszkania The address where you live

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

9 Adres korespondencyjny Pomiń, jeśli taki sam jak wyżej  
The address where you receive mail Skip if same as above

Adres lub skrytka pocztowa Address or P.O. box

Skrytka pocztowa P.O. Box

Kod pocztowy Zip code

Miasto/miejscowość/wieś City/Town/Village

10 Historia głosowania Voting history

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

11 W którym roku? What year?

12 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

Wcześniej 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

13 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.

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

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.

14 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.

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 Zielonych (Green party)

Partia Rodzin Pracujących (Working Families party)

Partia Niepodległości (Independence party)

Partia Równości Kobiet (Women's Equality party)

Partia Reform (Reform party)

Inne (Other) \_\_\_\_\_

Nie chcę się zapisać do partii politycznej I do not wish to enroll in a political party

Żadna partia (No party)

15 Pytania opcjonalne Optional questions

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.

! Oświadczenie: Składam oświadczenie pod przysięgą lub potwierdzam, że

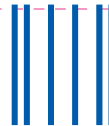
- Jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych.
- Będę mieszkał(a) w danym okręgu, mieście lub wsi przez okres co najmniej 30 dni przed wyborami
- Spełniam wszystkie wymagania do zarejestrowania się do głosowania w stanie Nowy Jork.
- W polu poniżej znajduje się mój podpis lub znak.
- Powyższe informacje są 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.

Podpis 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](mailto:electioninfo@boe.nyc.ny.us)  
Web Page: [www.vote.nyc.ny.us](http://www.vote.nyc.ny.us)

**Staten Island**

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

**Brooklyn**

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

**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](http://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 \_\_\_\_\_

**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