NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Motor Vehicles

WNIOSEK O POZWOLENIE, PRAWO JAZDY LUB DOKUMENT TOŻSAMOŚCI BEZ PRAWA JAZDY

***NAPISZ** WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI NIEBIESKIM LUB CZARNYM TUSZEM.*

Informacje są także dostępne na stronie **dmv.ny.gov**

OFFICE USE ONLY
Image #

WYSTĘPUJE O: ☐ Prawo jazdy ☐ Pozwolenie ☐ Dokument tożsamości

CEL SKŁADANIA WNIOSKU ☐ Nowy dokument ☐ Odnowienie ☐ Aktualizacja danych ☐ Zmiana rodzaju ☐ Wymiana ☐ Warunkowe ☐ Z ograniczeniami ☐ Przeprowadzka do Nowego Jorku

DANE IDENTYFIKACYJNE

Czy ma Pan/Pani lub kiedykolwiek miał(-a) Pan/Pani nowojorskie prawo jazdy, pozwolenie dla osoby uczącej się jazdy lub nowojorski dowód tożsamości? ☐ Tak ☐ Nie
Złożenie wniosku o dowód tożsamości bez prawa jazdy spowoduje anulowanie uprawnień związanych z prawem jazdy stanu Nowy Jork.

NUMER IDENTYFIKACYJNY NA PRAWIE JAZDY, POZWOLENIU DLA OSOBY UCZĄCEJ SIĘ PROWADZIĆ POJAZDY LUB DOWODZIE TOŻSAMOŚCI BEZ PRAWA JAZDY STANU NOWY JORK.

NAZWISKO W PEŁNYM BRZMIENIU

IMIĘ W PEŁNYM BRZMIENIU

DRUGIE IMIĘ W PEŁNYM BRZMIENIU

Czy ma Pan/Pani lub kiedykolwiek miał(-a) Pan/Pani prawo jazdy, które jest ważne lub które utraciło ważność w ciągu ostatnich dwóch lat, wydane przez inny stan USA, Dystrykt Columbia lub prowincję kanadyjską? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli „Tak", gdzie zostało wydane? _____

Data utraty ważności: | Rodzaj prawa jazdy | Nr ident. prawa jazdy wydanego poza stanem:

TYTUŁ

DATA URODZENIA Miesiąc | Dzień | Rok

PŁEĆ M ☐ K ☐ X ☐

WZROST Stopy | Cale

KOLOR OCZU

NUMER TELEFONU (Domowy/kierunkowy) Numer kierunkowy ( )

Czy zmieniał(-a) Pan/Pani nazwisko? ☐ Tak ☐ Nie *Jeśli „Tak", prosimy wpisać drukowanymi literami poprzednie nazwisko tak, jak jest wpisane w Pana/Pani aktualnym prawie jazdy lub dowodzie tożsamości bez prawa jazdy.*

INNA ZMIANA Na czym polega zmiana i jaki jest jej powód (nowa kategoria prawa jazdy, nieprawidłowa data urodzenia itp.)?

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO* (SSN)

Jeśli nigdy nie nadano Panu/PAni numeru ubezpieczenia społecznego, proszę zaznaczyć to pole ☐

* Jeśli kiedykolwiek nadano Panu/Pani SSN, musi Pan/Pani podać ten numer. Prawo do uzyskania Pana/Pani SSN jest gwarantowane na mocy ustępu 490(3) i 502(1) ustawy o pojazdach i ruchu drogowym. Informacja ta zostanie użyta w kontaktach z innymi jurysdykcjami w celu sprawdzenia tożsamości oraz nałożonych sankcji zgodnie z ustępami 510(4-e) I 510(4-f) ustawy o pojazdach i ruchu drogowym. Pana/Pani SSN nie będzie dostępny publicznie.

ADRES KORESPONDENCYJNY *- podać nazwę ulicy i numer domu, na obszarach wiejskich adres zbiorowy oraz/lub numer skrzynki pocztowej (jeśli skrytka pocztowa wpisać poniżej „adres zamieszkania") ADRES TEN JEST RÓWNIEŻ PODAWANY W STANDARDOWYCH DOWODACH TOŻSAMOŚCI*

	nr mieszkania	Miasto lub miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Okręg

ADRES ZAMIESZKANIA *WYMAGANY, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES KORESPONDENCYJNY - NIE PODAWAĆ SKR. POCZT. ADRES TEN BĘDZIE WIDOCZNY W PANA/PANI DOKUMENCIE TOŻSAMOŚCI - ROZSZERZONYM/REAL ID*

	nr mieszkania	Miasto lub miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Okręg

CZY PANA/PANI ADRES KORESPONDENCYJNY ULEGŁ ZMIANIE? ☐ Tak ☐ Nie **CZY PANA/PANI ADRES ZAMIESZKANIA ULEGŁ ZMIANIE?** ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli odpowie Pan/Pani twierdząco na którekolwiek z powyższych pytań, to zostaną zmienione także powiązane z Pana/Pani nr ident. adresy w dokumentach rejestracyjnych posiadanych przez Pana/Pani pojazdów, chyba że zaznaczy Pan/Pani to pole ☐. Jeśli został(-a) Pan/Pani zarejestrowany(-a) na liście wyborców, po wypełnieniu i złożeniu niniejszego formularza Pana/Pani dane w spisie wyborców zostaną zaktualizowane. Jeśli NIE chce Pan/Pani, aby Pana/Pani nowy adres znalazł się w spisie wyborców, proszę zaznaczyć to pole ☐. Jeśli nie zaznaczy Pan/Pani tego pola, Pana/Pani nowy adres zostanie przesłany do Komisji Wyborczej w okręgu, w którym Pan/Pani mieszka.

STATUS WETERANA ☐ Proszę zaznaczyć to pole, jeśli na awersie Pana/Pani dokumentu ma być wydrukowane „Weteran". Musi Pan/Pani przedstawić dowód, wskazujący na zwolnienie z honorami ze służby wojskowej (zaświadczenie DD-214, DD-215).

REJESTR DAWCÓW NARZĄDÓW I TKANEK STANU NOWY JORK (musi Pan/Pani wypełnić tę część)

W celu zarejestrowania się w Rejestrze Donate Life℠ stanu Nowy Jork, należy zaznaczyć pole „tak", a następnie złożyć podpis i wpisać datę poniżej. Oświadcza Pan/Pani, że: ma Pan/Pani ukończone 16 lat; zgadza się na oddanie swoich narządów i tkanek do celów transplantacji i badań naukowych; upoważnia Pan/Pani DMV do przeniesienia Pana/Pani nazwiska i danych identyfikacyjnych do Donate Life Registry; oraz upoważnia Pan/Pani organizację Donate Life stanu Nowy Jork do udostępnienia tych danych po Pana/Pani śmierci federalnym organizacjom zajmującym się dawstwem narządów oraz mających pozwolenie władz stanu Nowy Jork bankom tkanek i oczu oraz szpitalom. „DAWCA NARZĄDÓW" *znajdzie się na awersie Pana/Pani dokumentu DMV ze zdjęciem*. Otrzyma Pan/Pani potwierdzenie, które umożliwi Panu/Pani także ograniczenie zakresu dawstwa. Jeśli ma Pan/Pani 16 lub 17 lat, decyzję w przypadku Pana/Pani zgonu mogą zmienić rodzice/opiekunowie prawni. W celu uzyskania dodatkowych informacji należy kontaktować się z organizacją DL stanu Nowy Jork, na stronie donatelife.ny.gov.

☐ Proszę zaznaczyć to pole, jeśli chce Pan/Pani wpłacić darowiznę w wysokości 1 USD na rzecz Life...Pass It On Trust Fund na badania naukowe nad dawstwem narządów i tkanek oraz kampanię informacyjną. Całkowita opłata będzie zawierać Pana/Pani darowiznę w wysokości 1 USD.

Musi Pan/Pani odpowiedzieć na następujące pytanie:
Czy chce Pan/Pani zostać umieszczony(-a) w rejestrze Donate Life?

☐ Tak (proszę podpisać się i wpisać datę poniżej)

☐ Opuszczam to pytanie

♥ _____
Podpis dawcy pod zgodą i data

REJESTRACJA WYBORCÓW PYTANIA (Proszę zaznaczyć „Tak" lub „Nie".)

Jeśli nie jest Pan/Pani zarejestrowany(-a) w spisie wyborców w miejscu Pana/Pani zamieszkania - czy chciałby(-aby) złożyć wniosek o zarejestrowanie się?

☐ *TAK* - Proszę wypełnić część wniosku o rejestrację wyborcy (nie jest to konieczne, jeśli przyniesie Pan/Pani ten formularz do biura DMV).

☐ *NIE* - Odmawiam zarejestrowania się/Jestem już zarejestrowany(-a)

UWAGA: Jeśli nie zaznaczy Pan/Pani żadnego pola, uzna się, że postanowił(-a) Pan/Pani nie rejestrować się w spisie wyborców.

REJESTRACJA W ZWIĄZKU Z POWSZECHNYM OBOWIĄZKIEM OBRONY W USA (SSS)

Wszyscy mężczyźni w wieku 18 do 25 lat mający obywatelstwo amerykańskie oraz imigranci muszą zarejestrować się w systemie SSS, jeśli tego nie zrobią, dopuszczają się naruszenia prawa. NIezarejestrowanie się jest przestępstwem zagrożonym karą pozbawienia wolności oraz/lub grzywną w wysokości 250 000 USD. Osoby, które nie zarejestrowały się do czasu ukończenia 26 lat, nie mogą się już zarejestrować i na zawsze tracą korzyści związane z rejestracją, takie, jak: możliwość ubiegania się o obywatelstwo amerykańskie w przypadku imigrantów; dostęp do grantów Pell i federalnej pomocy dla studentów; dostęp do szkoleń zawodowych oraz możliwości zatrudnienia w instytucjach federalnych i pocztowych oraz na wielu stanowiskach państwowych. Jeśli postanowi Pan nie rejestrować się, może Pan zaznaczyć pole „Nie" i wtedy utraci Pan wymienione wcześniej korzyści. ☐ NIE

PROSZĘ WYPEŁNIĆ I PODPISAĆ STRONĘ 2. →

OFFICE USE ONLY

CDL Certifications	NI	NA	EI	EA	License Class	Special Conditions	☐ TEENS
Other Restrictions					Approved By	Date	Office

ODPOWIEDZI NA TE PYTANIA NALEŻY UDZIELAĆ W PRZYPADKU WSZYSTKICH SPRAW DOTYCZCYCH PRAW JAZDY/POZWOLE

1. Czy Pana/PAni prawo jazdy, pozwolenie dla osoby uczącej się jazdy lub uprawnienie do prowadzenia pojazdu silnikowego zostało zawieszone, cofnięte lub anulowane, albo czy Pana/Pani wniosek o prawo jazdy na nazwisko podane w tym formularzu lub na jakiekolwiek inne nazwisko spotkał się z odmową w tym stanie lub którymkolwiek innym?
   ☐ Tak ☐ Nie

   Jeśli „Tak", czy Pana/Pani prawo jazdy/pozwolenie lub uprawnienie zostało przywrócone lub czy Pani/Pana wniosek został zatwierdzony?
   ☐ Tak ☐ Nie
2. Czy był(-a) Psn/Pani leczony(-a), jest Pan/Pani leczony(-a) obecnie lub przyjmuje Pan/Pani leki w związku z jakąkolwiek chorobą, które powoduje utratę przytomności lub świadomości (na przykład zaburzenia związane z drgawkami, epilepsja, omdlenia lub zawroty głowy, albo choroba serca)?
   ☐ Tak ☐ Nie

   Jeśli zaznaczy Pan/Pani „Tak", musi Pan/PAni złożyć formularz MV-80U.1, nawet, jeśli nie jest już Pan/Pani objęty(-a) programem badań lekarskich. Formularz ten można uzyskać w każdym urzędzie komunikacji lub pobrać ze strony dmv.ny.gov
3. Czy potrzebuje Pan/Pani aparatu słuchowego oraz/lub lusterka o pełnym polu widzenia, aby prowadzić pojazd silnikowy?
   ☐ Tak ☐ Nie
4. Czy stracił(-a) Pan/PAni władzę w nodze, ręce, dłoni lub przestał(-a) widzieć na jedno oko?
   ☐ Tak ☐ Nie

   4a. Jeśli potrzebuje Pan/Pani odnowić swoje prawo jazdy i zaznaczył Pan/Pani „Tak", czy miało to miejsce po wydaniu najnowszego prawa jazdy?
   ☐ Tak ☐ Nie

   4b. Jeśli zaznaczył(-a) Pan/Pani „NIE" w punkcie 4a, czy Pana/Pani stan pogorszył się od czasu wydania ostatniego prawa jazdy?
   ☐ Tak ☐ Nie

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

☐ Prawo jazdy dla osób małoletnich ☐ Dowód tożsamości osoby niebędącej kierowcą *(poniżej 16 lat)*

Jestem rodzicem lub opiekunem(-ką) osoby składającej wniosek i zgadzam się na wydanie zezwolenia dla osoby uczącej się jeździć, prawa jazdy lub (jeśli poniżej 16 lat) dowodu tożsamości bez prawa jazdy. Rozumiem, że jestem odpowiedzialny(-a) za poświadczenie, że osoba składająca wniosek ukończyła co najmniej 50 godzin „praktyki" prowadzenia samochodu pod nadzorem, w tym 15 godzin po zachodzie słońca, przed przystąpieniem osoby wnioskującej do egzaminu i że to zaświadczenie (formularz MV-262) należy przedstawić w trakcie egzaminu na prawo jazdy. INFORMACJA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW *Jeśli osoba ubiegająca się o prawo jazdy ukończyła 17 lat i ma zaświadczenie dla osób uczących się prowadzić samochód (formularz MV-285), zgoda nie jest wymagana.*

Rodzic lub Opiekun(-ka) Podpis w tym miejscu **X** _____ (Pokrewieństwo z osobą składającą wniosek) _____ (Data)

Elektroniczny system powiadomień o zdarzeniach z udziałem nastolatków (Teen Electronic Event Notification Service, TEEN)

Chciałbym(-abym) zapisać się do programu TEENS i być powiadamianym(-ą), jeśli nieletni wnioskodawca zostanie ukarany, jego pozwolenie na prawo jazdy zostanie zawieszone, cofnięte lub w aktach prawa jazdy zostanie wpisany wypadek. Więcej informacji na temat tego programu można znaleźć w formularzu MV-1046, Jak zarejestrować się w TEENS lub MV-1056, TEENS, Często zadawane pytania Jest to ***BEZPŁATNA*** usługa. →

Numer ident. w prawie jazdy stanu Nowy Jork, pozwoleniu lub dowodzie tożsamości bez prawa jazdy rodziców lub opiekunów udzielających zgody (wymagane)

TYLKO WNIOSKUJĄCY O ZAWODOWE PRAWO JAZDY

1. **Czy w ciągu ostatnich 10 lat wydano Panu/Pani prawo jazdy w innym stanie USA lub Dystrykcie Kolumbia?** ☐ Tak ☐ Nie

   *Jeśli **TAK,** proszę wypisać nazwy wszystkich stanów* _____
2. **Czy zatrzymano Panu/PAni prawo jazdy na mocy przepisów części 383.51, paragraf 49 Kodeksu przepisów federalnych lub prawa stanu Nowy Jork?** ☐ Tak ☐ Nie
3. **MUSI Pan/Pani złożyć w DMV oświadczenie, że prowadzi (lub spodziewa się prowadzić) komercyjny pojazd silnikowy w jednej z czterech kategorii (wybrać tylko jedną):**

   ☐ **Międzystanowe bez ograniczeń (NI) -** Wymagane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. Ma Pan/Pani 21 lat lub więcej i prowadzi lub spodziewa się prowadzić pojazdy w ruchu międzystanowym (przy przewozach innych niż z ograniczeniami).

   ☐ **Wewnątrzstanowe bez ograniczeń (NA) -** Wymagane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. Ma Pan/Pani 18 lat lub więcej i prowadzi lub spodziewa się prowadzić pojazdy tylko w stanie Nowy Jork (przy przewozach innych niż z ograniczeniami).

   ☐ **Międzystanowe z ograniczeniami (EI) -**Ma Pan/Pani 18 lat lub więcej i prowadzi lub spodziewa się prowadzić pojazdy w ruchu międzystanowym, WYŁĄCZNIE przy przewozie z ograniczeniami. Musi Pan/Pani mieć ograniczenie A3.

   ☐ **Wewnątrzstanowa z ograniczeniami (EA) -**Ma Pan/Pani 18 lat lub więcej i prowadzi lub prowadzić pojazdy WYŁĄCZNI w stanie Nowy JORK, WYŁĄCZNIE przy przewozie z ograniczeniami. Musi Pan/Pani mieć ograniczenie A3 i K.

Jeśli wybrana kategoria prawa jazdy wymaga zaświadczenia lekarskiego (NI lub NA), musi Pan/Pani przedstawić DMV czytelną kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego USDOT (jeśli nie ma go w aktach). Jeśli do ustalenia kategorii potrzebnego do prowadzenia pojazdów prawa jazdy potrzebuje Pan/Pani dodatkowych informacji, proszę wziąć z DMV formularz MV-44.5.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w tym wniosku i wszystkich dokumentach dotyczących tego wniosku są prawdziwe i kompletne.

Wiem, że składanie fałszywych oświadczeń w tym wniosku lub składanie fałszywych dokumentów związanych z tym wnioskiem stanowi przestępstwo podlegające karze.

W przypadku występowania o nowy dokument - oświadczam, że mój dokument wydany w stanie Nowy Jork został zgubiony, ukradziony lub zniszczony.

W przypadku przenoszenia prawa jazdy z poprzedniego stanu do stanu Nowy Jork - oświadczam, że kiedy otrzymywałem(-am) prawo jazdy w innym stanie, byłem stałym mieszkańcem stanu lub prowincji wydającego(-ej) prawo jazdy, że było ono ważne przez co najmniej 6 miesięcy i że nie uzyskałem negatywnego wyniku praktycznego egzaminu na prawo jazdy w stanie Nowy Jork w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

W przypadku występowania o prawo jazdy warunkowe lub z ograniczeniami - Oświadczam, że wniosę pełna opłatę za naukę i wszelkie wymagane opłaty za program oceny zdolności do prowadzenia pojazdów (jeśli dotyczy), będę uczestniczyć w programie (jeśli jest to wymagane) oraz będę prowadzić pojazdy stosując się do warunków obowiązujących posiadacza prawa jazdy warunkowego lub z ograniczeniami. Wiem, że niezastosowanie się do tych warunków spowoduje cofnięcie mojego prawa jazdy z ograniczeniami lub warunkowego i ponowne zastosowanie zawieszenia lub cofnięcia mojego prawa jazdy.

W przypadku mężczyzn w wieku co najmniej 18 lat ale nie starszych niż 26 lat - o ile nie wybrałem odpowiedzi „nie" na pytanie o rejestrację w związku z powszechnym obowiązkiem obrony (SSS) na stronie 1, niniejszym wyrażam gotowość do rejestracji w SSS i zgadzam się na przesłanie przez DMV moich danych osobowych do SSS w celu rejestracji.

PODPIS W TYM MIEJSCU **X** _____

NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI _____

DATA: ▾ / ▾

OFFICE USE	EYE TEST RESULTS	Applicant's Signature	Examiner's Initials
	☐ Passed in Office ☐ Vision Registry ☐ Corrective Lens		

INFORMACJA NA TEMAT WNIOSKU O REJESTRACJĘ WYBORCY W STANIE NOWY JORK

(Proszę przeczytać przed wypełnieniem wniosku na odwrocie).

OFFICE USE ONLY

Należy użyć wniosku o rejestrację wyborcy NYS do zarejestrowania się w spisie wyborców w wyborach NYS oraz/lub aby:

- zmienić nazwisko lub adres na liście wyborców
- stać się członkiem partii politycznej
- zmienić członkostwo w partii politycznej
- wstępnie zarejestrować się na liście wyborców w przypadku osób w wieku 16 lub 17 lat

W celu zarejestrowania się, trzeba:

- być obywatelem USA
- mieć 18 lat (można wstępnie zarejestrować się w wieku 16 lub 17 lat, ale nie można głosować do czasu ukończenia 18 lat)
- nie odsiadywać wyroku za poważne przestępstwo
- nie rościć sobie prawa do głosowania gdzie indziej
- nie być pozbawionym zdolności prawnej przez sąd

Jeśli nie wypełni Pan/Pani wniosku o rejestrację na liście wyborców stanu Nowy Jork, zostanie Pan/Pani uznany(-a) za osobę odmawiającą rejestracji do wyborów. Jeśli odmówi Pan/Pani rejestracji w spisie, informacja o Pana/Pani i odmowie pozostanie poufna i zostanie wykorzystana wyłącznie do celów związanych z rejestracją wyborców. Jeśli Pan/Pani zarejestruje się do wyborów, dane biura, w którym złożył(-a) Pan(i) wniosek o rejestrację w spisie wyborców pozostaną poufne i będą wykorzystywane wyłącznie do celów związanych z rejestracją wyborców. Jeśli uważa Pan/Pani, że ktokolwiek naruszył Pana/Pani prawo do zarejestrowania się lub odmówił zarejestrowania Pana/Pani w spisie wyborców, prawo do prywatności przy podejmowaniu decyzji czy się rejestrować lub składać wniosek o zarejestrowanie się w spisie wyborców, albo prawo do wyboru partii politycznej lub innych preferencji politycznych, może Pan/Pani złożyć skargę do Komisji Wyborczej (New York State Board of Elections, 40 North Pearl Street, Albany, NY 12207-2729 (tel: 1-800-469-6872).

Wypełniony przez Pana/Panią wniosek zostanie wysłany do Komisji Wyborczej (Board of Elections) i Pana/Pani Okręgowa Komisja Wyborcza poinformuje Pana/Panią, kiedy wniosek zostanie rozpatrzony. W razie jakichkolwiek pytań dotyczących wypełniania wniosku o rejestrację do wyborów lub rejestrację wyborców należy zwrócić się do okręgowej Komisji Wyborczej (Board of Elections) lub zadzwonić pod numer 1-800-FOR-VOTE (telefon dla osób niedosłyszących - wybrać 711) (tylko pytania dotyczące rejestracji wyborców). Mieszkańcy Nowego Jorku powinni dzwonić pod numer 1-866-VOTE-NYC. Odpowiedzi na pytania i narzędzia można znaleźć także na stronie Stanowej Komisji Wyborczej Stanu Nowy Jork, www.elections.ny.gov

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.

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

WNIOSEK O REJESTRACJĘ W SPISIE WYBORCÓW STANU NOWY JORK

Wypełniać tylko, jeśli chce Pan/Pani zarejestrować się do wyborów lub zmienić adres albo inne dane w komisji wyborczej.

Czy jest Pan/Pani obywatelem(-ką) USA? ☐ Tak ☐ Nie *Jeśli odpowie Pan/Pani NIE, nie będzie Pan/Pani mógł/mogła zarejestrować się do wyborów.*	Czy w dniu wyborów będzie Pan/Pani miał(-a) ukończone 18 lat? ☐ Tak ☐ Nie Czy ma Pan/Pani co najmniej 16 lat i wie, że musi Pan/Pani ukończyć 18 lat w dniu wyborów lub wcześniej i że dopóki nie ukończy Pan/Pani 18 lat w dniu wyborów, Pana/Pani rejestracja w spisie wyborców będzie oznaczona jako „oczekująca" i że nie będzie Pan/Pani mógł zagłosować w żadnych wyborach? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli odpowie Pan/Pani **NIE** na oba poprzednie pytania, nie będzie Pan/Pani mógł/mogła zarejestrować się w spisie wyborców.
Czy głosował(-a) Pan/Pani wcześniej? ☐ Tak ☐ Nie W którym roku?	Dane wyborcze, które uległy zmianie: Pominąć, jeśli nie uległy zmianie lub jeśli Pan/Pani wcześniej nie głosował(-a) Używał(-a) Pan/Pani nazwiska Ówczesny Pana/Pani adres Stan lub okręg stanu Nowy Jork, w którym Pan/Pani mieszkał(-a):
Więcej informacji (nieobowiązkowe)	E-mail Numer telefonu

Partia polityczna

Musi Pan/Pani wybrać jedną możliwość. Członkostwo w partii nie jest obowiązkowe, ale aby głosować w prawyborach partii politycznej, wyborca musi zapisać się do tej partii politycznej, chyba, że regulamin danej partii stanowi inaczej.

Chciałbym(-abym) zapisać się do partii politycznej:

☐ Partia Demokratyczna

☐ Partia Republikańska

☐ Partia Konserwatywna

☐ Partia Rodzin Pracujących

☐ Inne: _____

Nie chcę zapisywać się do żadnej partii politycznej i chcę pozostać niezależnym wyborcą

☐ Żadna partia

OŚWIADCZENIE: Przysięgam lub zaświadczam, że

- Jestem obywatelem(-ką) USA
- Mieszkałem(-am) w tym okręgu, mieście lub miejscowości przez co najmniej 30 dni przed wyborami.
- Spełniam wszystkie wymagania, aby zarejestrować się do głosowania w stanie Nowy Jork
- Na linii poniżej jest mój podpis lub znak.
- Powyższe informacje są prawdziwe. Jestem świadomy(-a), że jeśli okażą się one nieprawdziwe, mogę zostać skazany i ukarany grzywną do 5000 USD oraz/lub karą pozbawienia wolności.

Podpis **X** _____ Data _____

Zresetuj/ wyczyść