

## 托儿援助申请表

请仔细阅读说明 (CFWB-012A) 并查看文件检查清单 (CFWB-012B), 以便获取填写本申请表的相关帮助以及了解需要提供的文件。

**注意:** 本申请表仅适用于申请第 2 类 \* 托儿援助 (面向未接受现金援助的家庭)。如要申请现金援助或其他福利, 包括第 1 类托儿援助 (面向接受现金援助的家庭), 您必须填写纽约州特定福利和服务申请表 (LDSS-2921)。

**请注意:** 填写本表格的所有部分才能视为完整填写, 除非该部分标识为选填。如未填写本表格的所有必填部分, 您的托儿援助申请可能不会予以考虑。

不论收入如何, 以下申请人均符合申请托儿援助的资格, 而无需填写本申请表:

- 需要托儿援助才能工作并且仅为寄养儿童申请援助的寄养父母。
- 接受保护性或预防性服务的家庭。

请参阅申请说明 (CFWB-012A) 以了解详细信息

 新

 申请变更 / 重新认证

 重开个案

仅限官方使用

个案编号: \_\_\_\_\_

申请日期: \_\_\_\_\_

第 1 部分 - 申请人

姓氏 (请在括号内写下所有别名或婚前姓名): \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 中间名首字母: \_\_\_\_\_ 婚姻状况: \_\_\_\_\_

家庭住址: \_\_\_\_\_ 公寓号: \_\_\_\_\_ 城市 / 行政区: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

是否是临时地址?  是  否 如勾选“是”, 家庭目前是否居住在 (勾选一项):  无家可归者收容所  与另一个家庭合住  酒店 / 汽车旅馆  汽车、公共汽车、火车  公园、露营地  其他

电话号码 (工作): \_\_\_\_\_ 电话号码 (住家): \_\_\_\_\_ 电话号码 (手机或其他): \_\_\_\_\_ 电子邮箱: \_\_\_\_\_

您是否在接受现金援助  是  否 现金援助 (CA) 编号: \_\_\_\_\_ 您使用的主要语言是什么?  英语  西班牙语  其他 \_\_\_\_\_

您的首选语言是什么?  英语  西班牙语  其他 \_\_\_\_\_

请列出家庭中需要托儿服务的所有儿童。(仅限需要托儿服务的儿童)

姓名 (姓氏、名字)	中间名首字母	关系	出生日期	性别	儿童的双方家长是否都住在家中?	族裔: 西班牙裔或拉丁裔 **	种族 ** (参见下面的说明)	社会安全号码 (选填)	儿童是否有残疾?	儿童是否是美国公民 / 美国国民 / 具有符合要求的移民身份者?
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										

\* 第 1 类: 符合托儿援助保证资格的家庭 - 申请或接受现金援助 (CA)、接受托儿援助以代替 CA 或者接受过渡性托儿援助。

第 2 类: 在资金可用时符合资格的家庭

\*\* 提供族裔和种族信息基于自愿原则, 且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

种族归属代码:

AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民  
AS 亚洲人  
BL 黑人或非裔美国人  
HP 夏威夷原住民或太平洋岛民  
WH 白人

请列出整个家庭中的所有其他成员（第 2A 部分中未列出的成员），包括不需要托儿服务的 18 岁以下儿童。首先列出您自己，然后列出与您同住的每位家庭成员。

第 2B 部分 家庭成员	姓名 (姓氏、名字) (请在括号内写下所有别名或婚前姓名)	中间名首字母	关系	出生日期	性别	性别认同 ** (选填)	族裔: 西班牙裔或 拉丁裔 **	种族 ** (参见右侧 的说明)	社会安全号码 (选填)
	1.		本人						
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								

对于其他家庭成员，请另附相应的表格。请提供任何同住配偶、托儿援助申请儿童的同住家长或看护人的信息。

- 种族归属代码：
- AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
  - AS 亚洲人
  - BL 黑人或非裔美国人
  - HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
  - WH 白人

\*\* 提供性别、族裔和种族信息基于自愿原则，且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

仅限官方使用 家庭人数：\_\_\_\_\_

第 3 部分 儿童 / 家庭需求	您申请托儿援助的原因是什么？	其中一方家长目前是否在美国军队中全职服役？	申请人是否正通过不同的申请途径接受和 / 或申请托儿援助？ 如勾选“是”，请注明机构：
	<input type="radio"/> 就业 <input type="radio"/> 职业培训 / 教育活动 <input type="radio"/> 接受家庭暴力服务 <input type="radio"/> 正在找工作 <input type="radio"/> 无家可归 <input type="radio"/> 参加经过批准的药物滥用治疗计划	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 其中一方家长目前是否是国民警卫队或预备役部队的成员？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 是否有非监护家长可以照看儿童？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 教育局 (Department of Education, DOE) <input type="radio"/> 人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> 青年与社区发展部 (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> 无家可归者服务部 (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> 劳工教育联盟 (Consortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> 儿童服务管理局 (Administration for Children's Services, ACS)

第 3 部分 - 就业 (如果申请托儿援助的原因是就业)	申请人的雇主名称：_____ 电话号码：_____ 地址：_____ 城市 / 行政区：_____ 州：_____ 邮政编码：_____
	就业开始日期：_____ 工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 工作是否需要加班 (OT)？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 如果申请人有第二份工作
	申请人的雇主名称：_____ 电话号码：_____ 地址：_____ 城市 / 行政区：_____ 州：_____ 邮政编码：_____ 就业开始日期：_____ 工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 工作是否需要加班 (OT)？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
	<b>家庭中的第二位家长、看护人或继父母</b> 申请人的雇主名称：_____ 电话号码：_____ 地址：_____ 城市 / 行政区：_____ 州：_____ 邮政编码：_____ 就业开始日期：_____ 工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 工作是否需要加班 (OT)？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 如果家庭中的第二位家长、看护人或继父母有第二份工作
申请人的雇主名称：_____ 电话号码：_____ 地址：_____ 城市 / 行政区：_____ 州：_____ 邮政编码：_____ 就业开始日期：_____ 工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 工作是否需要加班 (OT)？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	

第 4 部分 工作 / 活动 / 行程时间表	典型的工作 / 活动时间表 (例如教育 / 职业活动)													
	星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间
	家庭中的第二位家长、看护人或继父母的典型工作 / 活动时间表													
	星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间
	行程时间													
	送孩子：从托儿服务提供者处至工作 / 活动地点所需的时间？ 勾选下列选项之一： <input type="radio"/> 15 分钟 <input type="radio"/> 30 分钟 <input type="radio"/> 45 分钟 <input type="radio"/> 1 小时 <input type="radio"/> 超过 1 小时。具体时间（如果超过 1 小时 __ 是否使用公共交通工具？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否													
接孩子：从工作 / 活动地点到托儿服务提供者处所需的时间？ 勾选下列选项之一： <input type="radio"/> 15 分钟 <input type="radio"/> 30 分钟 <input type="radio"/> 45 分钟 <input type="radio"/> 1 小时 <input type="radio"/> 超过 1 小时。具体时间（如果超过 1 小时 __ 是否使用公共交通工具？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否														
配偶 / 其他														
家长：从托儿服务提供者处至工作 / 活动地点所需的时间？ 勾选下列选项之一： <input type="radio"/> 15 分钟 <input type="radio"/> 30 分钟 <input type="radio"/> 45 分钟 <input type="radio"/> 1 小时 <input type="radio"/> 超过 1 小时。具体时间（如果超过 1 小时 __ 是否使用公共交通工具？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否														
接孩子：从工作 / 活动地点到托儿服务提供者处所需的时间？ 勾选下列选项之一： <input type="radio"/> 15 分钟 <input type="radio"/> 30 分钟 <input type="radio"/> 45 分钟 <input type="radio"/> 1 小时 <input type="radio"/> 超过 1 小时。具体时间（如果超过 1 小时 __ 是否使用公共交通工具？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否														

若家长有第二个班次、工作或活动，请填写下面的时间表

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

若家庭中的第二位家长、看护人或继父母有第二个班次、工作或活动，请填写下面的时间表

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

指明您或与您一起申请的任何人是否有以下来源的收入。请参阅检查清单 (CFWB-012B) 以了解文件要求。请以正楷填写

第 5 部分 收入信息	来源	是 / 否	总金额	频率？（每周、每两周、每月等？）	获得者是谁？	仅限官方使用	
						文件类型	每月计算结果
	申请人的工资 / 薪水，包括加班费、佣金、培训费、小费		\$		本人		
	家庭中的第二家长、看护人或继父母的工资 / 薪水，包括加班费、佣金、培训费、小费		\$				
	自雇净收入		\$				
	子女抚养费（已收到）		\$				
	离婚赡养费 / 配偶赡养费（已收到）		\$				
	失业保险金、工伤赔偿		\$				
	社会安全福利（包括 SSI）		\$				
	残疾福利金（NYS、VA、私人）		\$				
	租房 / 寄宿 / 房客收入（已收到）		\$				
	股票、债券、存款的分红 / 利息		\$				
	退休金、养老金 / 年金		\$				
	现金援助 (CA) 补助金，安全净福利		\$				
	其他（请注明）：		\$				
	<b>总收入</b>		<b>\$</b>				

第 6 部分  
提供者

如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金 (Child Care Block Grant) 资助的托儿援助, 可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。如果您选择的托儿服务提供者未获得执照或未注册, 则该托儿服务提供者必须注册为合法豁免的托儿服务提供者。请在下方提供您选择的托儿服务提供者的名称和地址。您可以在附表中列出其他选择。

名称: \_\_\_\_\_ 计划编号 (如适用): \_\_\_\_\_ 名称: \_\_\_\_\_ 计划编号 (如适用): \_\_\_\_\_ 名称: \_\_\_\_\_ 计划编号 (如适用): \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

第 7 部分  
证明

- 本人明白, 本申请表中所含的信息将用于判定本人或本人的家庭是否有资格获得服务 / 补贴。本人明白, 签署本申请表, 即表示本人同意全力配合任何调查以核实或确认本人所提供的信息, 或全力配合与本人申请托儿援助相关的任何其他调查。如果需要, 本人将提供其他信息。
- 联邦、州和地方机构可能会使用社会安全号码 (如果提供) 来防止重复服务和欺诈, 以及用于联邦报告。
- 本人同意, 如果本人的需求、收入、地址、居住安排、家庭构成或提供托儿服务的地址、提供托儿服务的人员、托儿服务提供者费用和 / 或需要托儿服务的时间发生任何变化, 本人将立即通知机构。
- 本人证明, 所列需要托儿服务的儿童是美国公民、美国国民或具有符合要求的移民身份者。本人明白, 如有需要, 所列儿童的这些相关信息可能会提交给移民和归化局 (Immigration and Naturalization Service, INS) 以核实移民身份。本人亦明白, 使用或披露所列儿童相关信息的对象仅限于与移民身份核实和托儿援助计划条款的管理或执行直接相关的个人和组织。
- 本人明白, 本申请表仅用于申请托儿援助这一特定目的。如果想要获得其他援助, 如补充营养援助计划 (SNAP)、Medicaid、现金援助或其他服务, 则需要另外提出申请。但是, 本申请表以及在调查本申请表的过程中获得的任何信息均可共享给您正在申请或已申请任何其他援助或福利所属的任何城市、州或联邦机构。
- 联邦和州法律规定, 如果您在申请托儿援助或回答关于资格的问题时隐瞒实情, 或者您让其他人对于您的申请或继续领取的资格隐瞒实情, 您可能被判处罚款和 / 或监禁。如果您对领取托儿援助的初始资格或持续领取资格隐瞒事实或不披露事实, 或者您隐瞒或不披露会影响某人 (您为其提出申请) 获取或持续领取托儿援助的权利的事实, 您也可能被判处罚款。如果您是经他人授权代表其进行申请的, 则托儿援助必须由该授权人而不是您本人使用。通过隐瞒信息或提供虚假信息来获取托儿援助属于非法行为。
- 本人证明, 本人的家庭资产不超过 1,000,000.00 美元。

纽约市儿童服务管理局以政策规定并承诺, 不根据种族、信仰、年龄、肤色、生理性别、宗教、祖籍国、外国人或公民身份、身体或精神残疾、社会性别、性别认同、性取向、怀孕、婚姻或伴侣关系状况进行歧视。

您可以获取有关权利和责任的信息, 网址: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>

如果无法上网, 您可以拨打 (212) 835-7610 与纽约市 ACS 联系, 以索取以下手册的纸质副本。

LDSS-4148A: 权利和责任须知; LDSS-4148B: 社会服务计划须知; LDSS-4148C: 紧急情况应对方法须知

**证明:** 本人宣誓及 / 或确认, 本人已向或将向纽约市 ACS 提交的、与托儿援助相关的所有资料均准确无误, 否则将接受伪证罪处罚。本人已阅读并理解上述和所附的通知。本人理解并同意上述证明。

如果家庭中有两名家长 / 看护人, 请提供这两名家长 / 看护人的签名。

家长 / 看护人签名: \_\_\_\_\_ 家长 / 看护人签名: \_\_\_\_\_ 家长 / 看护人签名: \_\_\_\_\_

正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

第 8 部分  
仅限官方使用

授权的托儿服务天数和时间:

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

确定和批准资格者 (正楷姓名和姓名首字母): \_\_\_\_\_

资格有效期从 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

代码: RFC: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_ FS: \_\_\_\_\_

针对第二个班次 / 工作 / 活动时间表授权的托儿服务天数和时间  
(仅当家长在第 5 部分提供第二个班次 / 工作 / 活动时间表时填写)

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

日期: \_\_\_\_\_

## 其他儿童（如适用）

请列出家庭中需要托儿服务的所有儿童。（仅限需要托儿服务的儿童）

第 2 部分 需要托儿服务的儿童	姓名（姓氏、名字）	中间名首字母	关系	出生日期	性别	儿童的双方家长是否都住在家中？	族裔：西班牙裔或拉丁裔 **	种族 ** (参见下面的说明)	社会安全号码 (选填)	儿童是否有残疾？	儿童是否是美国公民 / 美国国民 / 具有符合要求的移民身份者？
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
	28.										

\* 第 1 类：符合托儿援助保证资格的家庭 – 申请或接受现金援助 (CA)、接受托儿援助以代替 CA 或者接受过渡性托儿援助。

第 2 类：在资金可用时符合资格的家庭

\*\* 提供族裔和种族信息基于自愿原则，且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

种族归属代码：

- AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- AS 亚洲人
- BL 黑人或非裔美国人
- HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
- WH 白人

## 其他家庭成员 (如适用)

请列出整个家庭中的所有其他成员 (第 2A 部分中未列出的成员), 包括不需要托儿服务的 18 岁以下儿童。首先列出您自己, 然后列出与您同住的每位家庭成员。

第 2B 部分 家庭成员	姓名 (姓氏、名字) (请在括号内写下所有别名或婚前姓名)	中间名首字母	关系	出生日期	性别	族裔: 西班牙裔或拉丁裔**	种族** (参见下面的说明)	社会安全号码 (选填)	
	9.								
	10.								
	11.								
	12.								
	13.								
	14.								
	15.								
	16.								
	17.								
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									

仅限官方使用

家庭人数: \_\_\_\_\_

\*\* 提供族裔和种族信息基于自愿原则, 且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

种族归属代码:

- AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- AS 亚洲人
- BL 黑人或非裔美国人
- HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
- WH 白人

### 其他提供者 (如适用)

提供者	如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金 (Child Care Block Grant) 资助的托儿援助, 可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。如果您选择的托儿服务提供者未获得执照或未注册, 则该托儿服务提供者必须注册为合法豁免的托儿服务提供者。请在下方提供您选择的托儿服务提供者的名称和地址。您可以在附表中列出其他选择。					
	名称: _____	计划编号 (如适用): _____	名称: _____	计划编号 (如适用): _____	名称: _____	计划编号 (如适用): _____
提供者	名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____					
	地址: _____		地址: _____		地址: _____	
提供者	名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____					
	地址: _____		地址: _____		地址: _____	
提供者	名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____					
	地址: _____		地址: _____		地址: _____	
提供者	名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____					
	地址: _____		地址: _____		地址: _____	

### 收入说明

--



## 儿童和家庭福祉部门

### 有关填写第 2 类托儿援助申请表的说明 \*

能否获得托儿援助取决于托儿服务整体补助金划拨的资金。

---

尊敬的家长 / 看护人：

#### 本申请说明仅适用于以第 2 类家庭身份申请托儿援助

若您只申请第 2 类托儿援助（适用于没有接受现金援助的家庭），则可以参考此简短申请说明。如果您想申请其他福利，例如现金援助、补充营养援助计划（食品券）、家庭能源援助计划、Medicaid 或其他服务，包括第 1 类托儿援助（适用于接受现金援助的家庭），请索取纽约州特定福利和服务申请 (LDSS-2921) 表。

提交托儿援助申请表而非纽约州特定福利和服务申请表 (LDSS-2921)，表示您只申请资金可用时适用的第 2 类托儿援助。您申请的不是第 1 类保证托儿援助。

以下说明旨在帮助您填写申请资料。填写申请资料时，请务必使用蓝色或黑色墨水的签字笔以正楷清晰地填写方体大写字母 (A、B、C)。您也可以填写电子版申请表，然后保存并打印。

本申请表必须附证明文件，例如收入证明、地址证明和就业证明。

请参阅所附的资料提交检查清单 (CFWB-012B) 以了解所有必要文件。

---

#### 请在填写申请表前仔细阅读

- ▶ 如果您正在接受预防性或保护性儿童福利服务，或者您是受雇的寄养父母，则您可能已经符合托儿援助的资格，且可能不需要填写本申请表。请要求您的个案规划人员进行托儿援助转介。
- ▶ 若您在接受现金援助，则应联系人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) 就业中心以申请托儿援助。

请注意：如未填写任何必填字段，则整份申请表将被视为未填妥。

---

#### 仅限官方使用

灰色阴影方框仅限官方使用。请不要在这些部分中填写任何内容。

\* 第 1 类：符合托儿援助保证资格的家庭 – 申请或接受现金援助、接受托儿援助以代替 CA 或者接受过渡性托儿援助

第 2 类：在资金可用时符合资格的家庭



请在右上角指明您是提交新申请、请求变更状态 / 重新认证还是请求重开个案。

## 第 1 部分

## 申请人

申请人是申请托儿援助的成年家长或看护人。如未另行说明，此部分只须包含有关申请人的以下信息：

1. 以正楷填写您的姓氏、名字和中间名首字母。请在括号内写下所有别名或婚前姓名。
2. 指明您的婚姻状况（单身、已婚、离异或丧偶）。
3. 以正楷填写您的家庭住址。
4. 指明是否为临时地址。若家庭目前住在无家可归者收容所、与另一个家庭合住、住在酒店 / 汽车旅馆、住在汽车 / 公共汽车 / 火车上、住在公园 / 露营地或其他地方，可勾选“是”。
5. 以正楷填写您含区号的电话号码，包括公司电话号码、住家电话号码、手机 / 其他电话号码（如适用）。
6. 以正楷填写您的电子邮件地址（选填）。
7. 就现金援助状态勾选“是”或“否”。（如果您是 CA 领用人，则应通过 HRA 就业中心的工作人员申请托儿援助）。
8. 勾选您在家中最常讲的语言对应的方框。如勾选“其他”，请以正楷填写所用语言的名称。
9. 勾选您希望使用的沟通语言对应的方框。如勾选“其他”，请以正楷填写所用语言的名称。

► 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，以了解有关纽约市居住状况所需的文件。

## 第 2A 部分

## 需要托儿服务的儿童

1. 以正楷填写您正在为其申请托儿援助的家庭中每名儿童的姓氏、名字和中间名首字母。
2. 对于家庭中的每名儿童，以正楷填写其与您的关系（例如子女）。
3. 以正楷填写出生日期，并勾选指明所列每名儿童性别的方框。
4. 指明儿童的双方家长是否都住在家中。
5. 勾选“是”或“否”，指明申请托儿援助的每名儿童是否为西班牙裔或拉丁裔。提供族裔信息基于自愿原则，且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。
6. 为每一名需要托儿服务的儿童填写“种族”一栏。您可以为一名儿童选择多个种族类别。提供种族信息基于自愿原则，且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。请用下列代码填写。

AI - 美洲原住民或阿拉斯加原住民

AS - 亚洲人

BL - 黑人或非裔美国人

HP - 夏威夷原住民或太平洋岛民

WH - 白人

7. 提供每名儿童的社会安全号码 (SSN)。您不需要提供自己的 SSN。联邦、州和地方机构可能会使用这些号码来防止重复服务和欺诈，以及用于联邦报告。
8. 勾选“是”或“否”以指明需要托儿服务的儿童是否有残疾<sup>1</sup>。如果经确定您的孩子符合申请托儿援助的资格，请访问 <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 以获取特殊需求申请表。
9. 勾选“是”或“否”以指明需要托儿服务的儿童是否为美国公民、美国国民或具有符合要求的移民身份者。
10. 如果您为超过八 (8) 名儿童申请托儿援助，请为其他儿童另附一份表格。

► 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，以了解仅为需要托儿服务的儿童证明公民 / 移民身份所需的文件。

<sup>1</sup> 残疾或有特殊需求的儿童是指无法照顾自己，被医生、持照或认证心理医生或其他具有相应诊断资质的专业人员诊断出患有以下一种或多种疾病，且根据《残疾人教育法案》(Disabilities Education Act) (20 U.S.C. 1401) 第 602 节、《残疾人教育法案》(20 U.S.C. 1431 及后续条款) C 部分和 1973 年《康复法案》(Rehabilitation Act) (29 U.S.C. 794) 第 504 节需要特殊教育或相关服务的儿童：视力障碍、耳聋或其他听力障碍、肢体障碍、情绪障碍、智力障碍、学习障碍、语言障碍、健康障碍、自闭症、多重残疾、创伤性脑损伤、聋盲症或其他健康障碍。

**第 2B 部分**

**家庭成员**

1. 家庭成员是指整个家庭中的任何其他成员，包括不需要托儿服务的儿童。首先列出您自己，然后列出与您同住的其他每个人，包括儿童的第二位家长、看护人和继父母（如适用）。看护人包括法定监护人、看护人亲属或作为儿童的替代父母的任何其他成员。以正楷填写家庭成员的姓氏、名字和中间名首字母（如适用）。
  2. 以正楷填写每位家庭成员与您的关系（例如配偶、伴侣、祖父母 / 外祖父母、父母等）。
  3. 以正楷填写每位家庭成员的出生日期，并勾选可表示每位成员性别的方框。
  4. 以正楷填写您的性别认同。您可以提供最能描述您性别认同的词语。性别认同即您如何定义和称呼自己 - 无论是男性、女性、双性或其他。您的性别认同可以与您出生时指定的性别一致或不一致。本问题为选答题，无论您选择回答还是不回答都不会影响您的资格。
  5. 勾选“是”或“否”，指明每位家庭成员是否为西班牙裔或拉丁裔。提供族裔信息基于自愿原则，且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。
  6. 为与您同住的每位家庭成员填写“种族”一栏。您可以为一名家庭成员选择多个种族类别。提供种族信息基于自愿原则，且不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。请用下列代码填写。  

AI - 美洲原住民或阿拉斯加原住民	AS - 亚洲人	BL - 黑人或非裔美国人
HP - 夏威夷原住民或太平洋岛民	WH - 白人	
  7. 填写每位家庭成员的社会安全号码。SSN 为选填项目。联邦、州和地方机构可能会使用 SSN 来防止重复服务和欺诈，以及用于联邦报告。
  8. 如果家庭成员超过八 (8) 人，请另附表格，详细列出他们的所有信息。
- ▶ 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，以了解核实家庭中所有 18 岁以下儿童（无论该儿童是否需要托儿服务）与家长 / 申请人之间关系及儿童年龄所需的文件。

**第 3 部分**

**儿童 / 家庭需求**

1. 请勾选相应的方框，指明您申请托儿援助的原因。
    - 就业
    - 职业培训或教育活动
    - 接受家庭暴力服务
    - 正在找工作
    - 无家可归
    - 参加经过批准的药物滥用治疗计划
  2. 勾选“是”或“否”，指明是否有非监护家长可以照看儿童。
  3. 勾选相应的方框，指明其中一方家长目前是否在美国军队中全职服役。必须勾选“是”或“否”才能完成申请。
  4. 勾选相应的方框，指明其中一方家长目前是否是国民警卫队或预备役部队的成员。必须勾选“是”或“否”才能完成申请。
  5. 指明申请人是否正在通过不同的机构接受和 / 或申请托儿援助，并选择相应的机构。
- ▶ 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，以了解说明每种护理原因所需的文件。不需要提供证明兵役状况的文件。申请人必须提供证明其兵役所得收入的文件。

## 第 4 部分

## 就业

(如果您申请托儿援助的原因是就业或您需要申报工作收入, 请为家庭中的每位受雇家长、看护人或继父母填写)

1. 以正楷填写申请人的雇主名称、地址和电话号码。
2. 以正楷填写就业开始日期。
3. 勾选相应的方框, 指明您的工作是否需要轮班和 / 或加班。
4. 如果适用, 请以正楷填写家庭中的第二位家长、看护人或继父母的雇主名称、地址和电话号码。
5. 如果适用, 请以正楷填写家庭中的第二位家长、看护人或继父母的雇佣日期。
6. 如果适用, 请勾选相应的方框, 指明家庭中的第二位家长、看护人或继父母是否需要轮班和 / 或加班。

► 文件: 请参阅检查清单 (CFWB-012B), 以了解有关雇佣所需的文件。

## 第 5 部分

## 工作 / 活动 / 行程时间表

(请为家庭中受雇或有教育 / 职业活动的每位家长、看护人或继父母填写)

1. 以正楷填写一周中每天通常安排的工作或活动时间。指明时间是上午还是下午。
2. 如有第二个班次、工作或活动, 请以正楷填写该活动的时间表。
3. 如果适用, 请以正楷填写家庭中的第二位家长、看护人或继父母一周中每天通常安排的工作时间。
4. 如果家庭中的第二位家长、看护人或继父母有第二个班次、工作或活动, 请以正楷填写该活动的时间表。
5. 勾选申请人往返工作 / 活动地点与托儿服务提供者处所花费的时间。
6. 指明申请人是否使用公共交通工具往返工作 / 活动地点与托儿服务提供者处。
7. 如果适用, 请勾选家庭中的第二位家长、看护人或继父母往返工作 / 活动地点与托儿服务提供者处所花费的时间。
8. 指明家庭中的第二位家长、看护人或继父母是否使用公共交通工具往返工作 / 活动地点与托儿服务提供者处。

## 第 6 部分

## 收入信息

对于此部分, 只回答您或家庭成员赚取收入的项目。请附上您自己和任何其他成年家庭成员的收入 / 福利信息, 包括与您同住的配偶, 或是与您同住并且与您拥有至少一名共同子女的成年人。另请附上对申请托儿援助的一名 / 多名儿童负有法律责任的任何 18 岁以下人士。

1. 就您自己和与您同住的任何人的每种收入勾选 () “是” 或 “否”。
2. 对于每一个回答 “是” 的项目, 请以正楷填写美元 (\$) 金额或价值、收到的频率, 以及获得收入的人员的姓名。
3. 必须在申请表中列出所有收入。
4. 如果指明您在接受现金援助, 则您应通过 HRA 就业中心的工作人员申请托儿援助。
5. 如果您不确定在哪里列出收入类型, 可以将其列入 “其他” 项下。

► 文件: 请参阅检查清单 (CFWB-12B), 以了解有关收入所需的文件。

**第 7 部分**

**提供者**

1. 如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金 (Child Care Block Grant) 资助的托儿援助, 可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。
2. 如果知道您想让孩子注册接受服务的托儿服务提供者 / 计划, 请注明其名称、地址和 ACS 计划编号 (如适用)。

**第 8 部分**

**证明**

请仔细阅读证明部分并签名。如果申请人是替别人填写申请表, 则必须签署自己的姓名。如果是双家长家庭, 则家长双方均须签署申请表。

签署申请表, 即表示您证明您的合计家庭资产不超过 1,000,000 美元。家庭资产的示例包括: 现金、储蓄和支票账户、住宅、房地产、汽车、股票、债券、共同基金、个人退休账户 (Individual Retirement Account, IRA)、401(k)、年金、信托基金、人寿保险、保险箱中的物品等等。

**第 9 部分**

**仅限官方使用**

请勿填写此部分。此部分将由负责确定您家庭获得托儿援助之资格的工作人员填写。

**选民登记信息**

托儿援助申请表的最后一页是登记投票申请。如果您需要填写选民登记申请表的相关协助, 请拨打 311。申请登记或拒绝登记投票不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

**权利和责任相关信息**

您可以获取有关权利和责任的信息, 网址: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

如果您无法上网, 可以拨打 (212) 835-7610 与纽约市 ACS 联系, 要求将强调您个人权利和责任的手册纸质副本邮寄给您。

- LDSS-4148A: 权利和责任须知
- LDSS-4148B: 社会服务计划须知
- LDSS-4148C: 紧急情况应对方法须知

## 托儿援助新申请资料提交检查清单

托儿援助申请表 (CFWB-012) 必须附上证明文件。  
请检查以确保按照每一项补贴资格要求提供了相应的文件。

### 1. 申请 (CFWB-012)

确保填写所有部分，包括：

- 如果是双家长家庭，则家长双方均已签字       兵役状况 (第 3 部分)       行程时间 (第 5 部分)

### 2. 纽约市居住状况

以下其中一项的副本：

- 驾照       NYCHA 证书       当前租约  
 IDNYC       带有您当前地址的公用事业账单 (如电费、煤气费、暖气费、油费、水费、WiFi/ 互联网、有线电视或固定电话费用) \*  
 第 8 节补助授予函       带地址的租金或抵押贷款对账单 \*  
 CFWB-067 居住证明       CFWB-027 列出地址的住房证明  
 列出地址的收容所居住证明       其他 \_\_\_\_\_

请注意：如果“其他”文件不符合要求，ACS 将通知申请人。

文件必须处于有效期内。

带 \* (星号) 的文件不得是 60 天以前的文件。

### 3. 仅适用于需要托儿服务的儿童：公民身份 / 移民身份

以下其中一项的副本：

- 美国出生证明       外国人登记卡，包括永久居民卡或绿卡  
 美国护照表       FS-240 (美国公民海外出生报告)  
 入籍证书       其他 \_\_\_\_\_

请注意：如果“其他”文件不符合要求，ACS 将通知申请人。

### 4. 儿童与家长 / 申请人的关系

家庭中所有 18 岁以下儿童的以下其中一项的副本，无论该儿童是否需要托儿服务：

- 出生证明       领养记录  
 洗礼纪录       针对具有财务责任的法定监护人下达的法院指令  
 包含家长签名的护照       其他 (请填写看护人证明 CFWB-058)

### 5. 年龄

家庭中所有 18 岁以下儿童的以下其中一项的副本，无论该儿童是否需要托儿服务：

- 出生证明       领养记录  
 洗礼纪录       外国人登记卡  
 护照       儿童出生的医院官方文件

## 6. 收入

提交 CFWB-012 的所有申请人均须提供收入证明文件，无论其申请托儿援助的原因为何。

### 如果受雇：

- CFWB-015 - 雇员收入信息雇主转介信

或

工资单（双周 = 每 2 周；半月 = 一月两次）

- 每周 - 如果总金额相同，4 份最新的连续工资单  
 每周 - 如果总金额不同，12 份最新的连续工资单  
 双周 / 半月 - 如果总金额相同，2 份最新的连续工资单  
 双周 / 半月 - 如果总金额不同，6 份最新的连续工资单

请访问 <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 页面，以获取表格和申请说明。

如需更多信息，请拨打 311 或 212-835-7610。

### 如果自雇：

- 如果自雇 1 年或更久：根据您的业务类型，提交最新、填妥且签名的表格 1040 和附表 1（表格 1040）以及以下文件之一：
- 对于独资经营者：附表 C（表格 1040 及任何相关表格 1099）
  - 对于 S 公司和有限责任公司：表格 1120-S
  - 对于有限责任公司合伙企业：表格 1065
- 如果自雇时间为 1 年或以上，但由于提交延期而无有效的 1040 表格：提交填妥并签名的 4868 表格以及出于税务目的而保存的三个月业务记录。
- 如果自雇时间少于 1 年：提交 CFWB-031 自雇收入信息证明和三个月业务记录。
- 如果自雇时间少于 3 个月：提交 CFWB-031 自雇收入信息证明和每月自雇业务记录。

### 其他收入：

- 关于 SSI、SSD、失业救济金、租金收入、养老金、年金、工伤赔偿：提交该收入来源的证明，可使用最近的支票、工资单或奖励发放函。无需列出家中任何儿童所收到的 SSI。如果每月金额相同，则必须提供 1 个月的证明文件。如果每月金额不同，则必须提供 3 个月的证明文件。如果您认为之前 3 个月无法体现您从该来源所获取的典型收入，则您最多可提交 6 个月的文件。最新支票、工资单或奖励发放函的日期必须在您提交申请之日起 30 天内。
- 关于赡养费和子女抚养费：如持有协议、奖励发放函或支票副本，请提交相关文件。如果每月金额相同，则必须提供 1 个月的证明文件。如果每月金额不同，则必须提供 3 个月的证明文件。如果您认为之前 3 个月无法体现您从该来源所获取的典型收入，则您最多可提交 6 个月的文件。最新协议、奖励发放函或支票的日期必须在您提交申请之日起 30 天内。

## 7. 申请托儿援助的原因

---

申请人必须注明以下其中一项申请托儿援助的原因：

**a. 每周工作至少 10 小时，至少赚取最低工资：**

参阅收入部分下的以上内容，以了解有关受雇和 / 或自雇所需的文件。

**b. 教育 / 职业活动：**

职业学校、2 年制大学或 4 年制大学（以下其中一项）

包含学校印章的 CFWB-005

培训或教育机构提供的印有官方信头的信函也可以接受，但必须包含在 CFWB-005 中反映的所有必要信息。

**c. 正在找工作（以下其中一项）：**

CFWB-026 - 求职记录

纽约州劳工部 (Department of Labor) 批准的求职计划

失业保险金领取证明

**d. 无家可归（以下其中一项）：**

收容所居住证（如居住在收容所，包括人道主义紧急救援中心），或者

CFWB-027 住房证明（如果与他人合住、住在不适合人类居住之地、住在酒店 / 汽车旅馆或者住在其他居住环境中）

**e. 家庭暴力转介信（由家庭暴力服务提供者提供）：**

处理家庭暴力的服务转介信

**f. 药物滥用治疗计划转介信（由药物滥用治疗服务提供者提供）：**

药物滥用治疗服务转介信

请访问 <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 页面，以获取表格和申请说明。

如需更多信息，请拨打 311 或 212-835-7610。



The City of New York  
Administration for Children's Services  
Division of Child and Family Well-Being  
66 John Street, 7<sup>th</sup> Floor  
New York, New York 10038



### 如何提交申请

请填写托儿援助申请表 (CFWB-012), 并收集用于核实家庭人数、居住状况、收入和申请原因的所有必要文件。提交申请表前, 请务必对照申请资料检查清单, 以确保已备齐所有申请资料。

完成之后, 请将申请表和证明文件邮寄至以下地址, 以便相关机构进行处理:

NYC Children – EDU  
P.O. Box 40  
Maplewood, NJ 07040

所有文件均应通过美国邮政邮寄。文件不能通过 Fedex 或 UPS 邮寄至邮政邮箱。

如对申请有任何疑问, 请致电儿童服务管理局 (Administration for Children's Services, ACS) 托儿服务客服中心 (Child Care Call Center), 电话: 212-835-7610。



## 备忘录

**Jess Dannhauser**  
局长

66 John Street  
8<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10038

收件人：申请托儿援助的所有家长 / 监护人

关于：移民身份

---

某些计划要求证明需要托儿服务的儿童是美国公民、美国国民或具有符合要求的移民身份者。

除了需要托儿服务的儿童之外，不会要求您提供自己或家庭中任何其他人的移民身份。

请访问：  
[www.nyc.gov/acs](http://www.nyc.gov/acs)

[Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov](mailto:Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov)



# 紐約州選民登記表

## 登記投票

您可以使用此表格在紐約州的選舉中登記投票。此表格也可用於：

- 變更選民登記表上的姓名或地址
- 成為政黨黨員
- 變更黨員身分
- 預先登記投票 (如果您是 16 或 17 歲)

## 您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲 (您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票)；
- 未因重罪入獄；
- 未在其他地方主張投票權；
- 未被法院認定無行為能力。

## 發送或遞交此表格

填寫以下表格並將其發送到本表格背面的您所在郡地址，或將此表格帶到郡選舉委員會 (County Board of Elections) 的辦公室。

本表格必須在您想要投票的選舉前 10 天內被收悉。您所在的郡將通知您已登記投票。

## 有任何疑問嗎？

請致電本表格背面所列的郡選舉委員會，或撥打 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY 聽障用戶請撥 711)

在我們的網站 [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov) 上尋找答案或工具

## 查證身分

我們會盡可能在選舉日之前根據您在下方填寫的 DMV 號碼 (駕照號碼或非駕照之身分證件號碼) 或社會安全號碼的最後四位數字查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在有效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表附上以上任何一種身分證件的影本，一定要將表格的兩面粘在一起。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

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 ফোন করুন

❗ 虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。

請以藍色或黑色墨水填寫。

## 資格

1 您是否為美國公民？  是  否  
如果您回答否，則無法登記投票。

A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？  是  否

2 B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會標記為「待定」，且無法在任何選舉中投票。  是  否

如果您對之前的兩個問題都回答否，您將無法登記投票。

For board use only

## 您的姓名

3 姓氏  稱謂

名字  中間名首字母縮寫

## 更多資訊

第 5、6 和 7 項為選填項

4 出生日期  /  /  5 性別

6 電話  -  -  7 電子郵件

## 現居地址

地址 (請勿提供郵政信箱)

8 公寓號碼  郵遞區號

市/鎮/村

紐約州郡

## 您的收件地址

如與上述地址相同，請跳過

地址或郵政信箱

9 郵政信箱  郵遞區號

市/鎮/村

## 投票紀錄

10 您是否曾投過票？  是  否

11 哪一年？

## 已變更的投票資訊

若此處資訊未變更或您未曾投過票，請跳過

12 您之前的姓名為

您之前的地址為

您之前所在的州別或紐約州郡為

## 身分證明

您必須選擇一項

如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

13  紐約州 DMV 號碼

社會安全號碼的最後四位數字  x x x - x x -

本人沒有紐約州駕照或社會安全號碼。

## 政黨

您必須選擇一項

加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。

14 本人希望加入政黨

民主黨

共和黨

保守黨

勞動家庭黨

其他

我不想登記加入任何政黨，只希望成為獨立選民

無政黨



## 宣誓書：本人發誓或證明

- 本人是美國公民。
- 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天。
- 本人符合在紐約州登記投票的所有要求。
- 以下方框處簽名或畫押者為本人無誤。
- 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。

## 選填問題

15  我需要申請缺席投票。

我希望擔任選舉日當天的工作人員。

簽名

日期

在此填寫地址及黏貼郵票

您的地址

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

郵寄前請撕下膠帶、對折並封上信封

您的郡選舉委員會地址 (從下方選擇)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

在此黏貼第一類郵件郵票



<b>New York City</b> 32 Broadway, 7th Fl. New York, NY 10004 Norwich, NY 13815 5 Court St. Lowville, NY 12953 Majors, NY 12953 (607) 337-1760	<b>Chenango</b> Franklin 356 West Main St. Site 161 Lowville, NY 13367 7660 N. State St. Union Station Carnell, NY 10512 105 9th St., Unit 13 Kingston, NY 12401 (845) 334-5470	<b>Clinton</b> City Government Ctr. 2714 St. Hwy 29 Site 104 Patterson, NY 12202 200 South Pearl St. Albany, NY 12202 (518) 487-5060	<b>Albany</b> 8 Willets Ave. Albany, NY 14813 (585) 268-9294	<b>Allegany</b> Government Plaza 60 Hawley St. PO Box 1766 Brighton, NY 13902 (607) 778-2172	<b>Cattaraugus</b> 207 Hook City St. Delin, NY 13753 (607) 832-5321	<b>Columbia</b> 401 State St. Hudson, NY 12534 (518) 828-3115	<b>Greene</b> 112 River St. Cortland PO Box 1766 Cortland, NY 13045 (607) 753-5032	<b>Delaware</b> 87 Main St. Delin, NY 13753 (607) 832-5321	<b>Hamilton</b> Rte. 8 Old Courthouse Lake Pleasant, NY (518) 548-4684	<b>Montgomery</b> 9 Park St. Albion, NY 14411 (518) 885-2249	<b>Orleans</b> 14016 Route 31 West. Billion Spa, NY Govt. Ctr. 100 North St. PO Box 5012 Monticello, NY 12701 (518) 885-2249	<b>Saratoga</b> 50 W. High St. Goshen, NY 10924 (845) 360-6500	<b>St. Lawrence</b> 80 State Hwy 310 Yapank, NY 14810 (607) 664-2260	<b>Ulster</b> County Office Bldg. Suite 117 Kingston, NY 12401 (845) 334-5470	<b>Warren</b> City Municipal Ctr. 2nd Floor Human Serv. Bldg 1340 St. Rte. 9 Lake George, NY 12845 (518) 761-6456	<b>Washington</b> 383 Broadway Fort Edward, NY 12828 (518) 746-2180	<b>Wayne</b> 3736 State Rte. 31 PO Box 636 Lyons, NY 14489 (315) 946-7400	<b>Westchester</b> 25 Quappas St. White Plains, NY 10601 (914) 995-5700	<b>Wyoming</b> 4 Ferry Ave. Warsaw, NY 14569 (585) 786-8931	<b>Yates</b> 178 E. Buffalo St. Site 1124 Pain Van, NY 14527 (315) 536-5135	<b>Chenango</b> 751 Court St. PO Box 217 Eustachius, NY 12932 (518) 873-3474	<b>Chemung</b> 375 South Main St. PO Box 589 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	<b>Essex</b> 175 Arsenal St. Watertown, NY 13601 (315) 785-3027	<b>Jefferson</b> 5th Fl. PO Box 9002 Minerva, NY 15011 (516) 571-8683	<b>Nassau</b> 109 Mary St. Site 1306 Herkimer, NY 13580 (315) 867-1102	<b>Niagara</b> 111 Main St. Site 100 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	<b>Schoharie</b> 224 Main St. PO Box 99 Schoharie, NY 12157 (518) 295-8388	<b>Tompkins</b> Court House Annex 128 E. Buffalo St. Site 1124 Pain Van, NY 14527 (607) 274-5622
--	---	---	---	--	--	--	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	--	--	---	--	--	--	---

(選擇) 登記捐贈您的身體器官和組織

如果您將在去世時捐贈您的器官或組織，可在紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life™ Registry) 網站 [www.donatelife.ny.gov](http://www.donatelife.ny.gov) 線上登記或選擇填寫下方表單。

在下面簽名，即表示您已經：

- 年滿 16 歲 (含) ；
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life™ Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 並授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及醫院以及紐約州衛生署署長核准的其他組織開放此資訊。

姓名 \_\_\_\_\_

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

DMV 或 ID NYC 號碼 \_\_\_\_\_

身高 \_\_\_\_\_ 吋

性別  男  女

郵遞區號 \_\_\_\_\_

姓氏 \_\_\_\_\_

名字 \_\_\_\_\_

中間名字字母縮寫 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

公寓號碼 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 年 / 月 / 日

眼睛顏色 \_\_\_\_\_

電子郵件 \_\_\_\_\_