



## **Bienvenido a los Programas del Centro para Personas Mayores de Lenox Hill Neighborhood House**

### **El Centro @ Lenox Hill Neighborhood House Centro de adultos mayores en la iglesia de San Pedro**

Para unirse a nuestros Centros para personas de la tercera edad, los nuevos miembros deben presentar un comprobante de 60 años o más, ser residente de la ciudad de Nueva York y presentar una solicitud de membresía completa en persona durante nuestro horario de solicitud de membresía. Durante nuestras horas de solicitud de membresía, los nuevos miembros se reunirán con un miembro del personal del Centro para personas mayores que procesará su solicitud, lo orientará a nuestros centros para personas mayores y responderá cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestros centros para personas mayores y nuestras ofertas de programas.

#### **Horas de solicitud de membresía**

**El Centro @ Lenox Hill Neighborhood House  
343 East 70th Street  
New York, New York 10021**

- Todos los días de la semana, incluidos sábados y domingos de 10 a.m. a 11 a.m.
- Sábado y domingo de 9:00 a. m. a 10:00 a. m.
- Las preguntas pueden dirigirse al 212-218-0319

**Centro de adultos mayores en la Iglesia de Saint Peter  
619 Lexington Ave  
New York, New York 10022**

- Todos los días de la semana, incluidos sábados y domingos de 10 a.m. a 11 a.m.
- Las preguntas pueden dirigirse al 646-306-4492



El Centro de Lenox Hill Neighborhood House está financiado por el Departamento de envejecimiento de la ciudad de Nueva York y apoyo y contribuciones privadas.

CENTER @ LENOX HILL NEIGHBORHOOD HOUSE OLDER ADULT CENTER @ SAINT PETER'S CHURCH			
MEMBER REGISTRATION FORM SOLICITUD DE MEMBRESÍA – POR FAVOR, CONTESTE EN INGLES			
Last Name: Apellido: _____		First Name: Nombre: _____	Middle Name: Segundo Nombre: _____
Birth date: Fecha de Nacimiento: _/_/____		Gender that you identify with: Género <input type="checkbox"/> Male Varon <input type="checkbox"/> Female Hembra	
Street Address & Apartment: Dirección: _____			
City, State: Ciudad, Estado: _____		Zip Code: Código Postal: _____	
Borough/County: Municipio: _____		Email: Correo Electrónico: _____	
Home Phone: Número de Teléfono: _____		Mobile Phone: Número Celula: _____	
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICO			
El Lenox Hill Neighborhood House utiliza datos demográficos para mejorar los servicios y la programación en nuestros centros para personas de la tercera edad. Sus respuestas en esta sección no afectarán a los servicios a los que puede acceder en nuestros centros.			
Marital Status: Estado Civil:			
<input type="checkbox"/> Married/Casado	<input type="checkbox"/> Single/Nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Widowed/Enviudado	<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado
Frail or Disabled: ¿Discapacitado/a? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	U.S. Veteran: Veterano/a de los Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	Live Alone: ¿Vive solo/a? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No	Do You Work: ¿Está usted empleado/a? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No
Primary Language: Lengua Materna: <input type="checkbox"/> English/ Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Other (Please Specify): Otra (¿Cuál?): _____			
Race (Mark all that apply): Raza (Marque una o más): <input type="checkbox"/> White/Caucasian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Asian-South Asian: _____ <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Native American or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Other (Please Specify): _____			
Ethnicity: Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a			
Number in Household: _____ ¿Cuántas Personas Viven en Su Casa?		Annual Household Income: Ingreso Familiares: <input type="checkbox"/> Menos de \$11,670 <input type="checkbox"/> \$23,596–\$23,850 <input type="checkbox"/> \$11,670–\$15,730 <input type="checkbox"/> \$23,851–\$27,910	



**CENTER @ LENOX HILL NEIGHBORHOOD HOUSE  
OLDER ADULT CENTER @ SAINT PETER'S CHURCH**

	<input type="checkbox"/> \$15,731–\$17,504	<input type="checkbox"/> \$27,911–\$29,685
	<input type="checkbox"/> \$17,505–\$19,790	<input type="checkbox"/> \$29,686–\$31,970
	<input type="checkbox"/> \$19,791–\$23,595	<input type="checkbox"/> \$31,971+

**EMERGENCY CONTACTS    CONTACTO DE EMERGENCIA**

<p><b>Full Name <i>Nombre</i>:</b> _____</p> <p><b>Relation to You <i>Relación</i>:</b> _____</p> <p><b>Phone Numbers: <i>Números de Teléfono</i>:</b> _____</p> <p><b>Street Address, City, State, Zip Code:</b> <b><i>Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:</i></b> _____</p>	<p><b>Full Name <i>Nombre</i>:</b> _____</p> <p><b>Relation to You <i>Relación</i>:</b> _____</p> <p><b>Phone Numbers: <i>Números de Teléfono</i>:</b> _____</p> <p><b>Street Address, City, State, Zip Code:</b> <b><i>Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:</i></b> _____</p>
---	---

**What kinds of enrichment, fitness, or continuing education classes might interest you? (For example, yoga, dance, music, discussion groups, games, legal workshops, computer courses, nutritional or health education, etc.)** *Qué tipo de enriquecimiento, de aptitud o clases de educación continua podría interesarle? (Por ejemplo, el yoga, la danza, la música, grupos de discusión, juegos, talleres legales, cursos de computadora, educación nutricional o de salud, etc.)*

**We are always looking for new volunteers, do you have any ideas for classes or workshops that you'd be willing to organize?** *Siempre estamos buscando nuevos voluntarios, ¿Tienes alguna idea para clases o talleres que estaría dispuesto/a organizar?*

**How did you hear about us?** *¿Como supiste de nosotros?*

**On what days of the week do you expect to come to the senior center? (Please check all that apply.)** *¿Qué días de la semana esperas venir al centro? (Por favor marque todo lo que corresponda.)*

- Sunday     Monday     Tuesday     Wednesday     Thursday     Friday     Saturday  
 Domingo     Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Sábado

**Al firmar a continuación, acepto ser miembro del Programa de Servicios para Adultos Mayores de Lenox Hill Neighborhood House, que incluye el Centro @ Lenox Hill Neighborhood House y el Centro de Personas Mayores de la Iglesia de San Pedro.**



Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NUTRITION HEALTH QUESTIONNAIRE DETERMINACIÓN DE SU SALUD NUTRICIONAL**

		YES/SÍ	NO
I have an illness/condition that made me change the kind and/or amount of food I eat. Tengo una enfermedad/condición que me hizo cambiar la clase y/o la cantidad de la comida que como.	2		
I eat fewer than 2 meals per day. Como menos que 2 comidas por día.	3		
I eat few fruits or vegetables, or milk products. Como pocas frutas o verduras o productos lácteos.	2		
I have 3 or more drinks of beer, wine, or liquor almost every day. Tomo 3 o más bebidas de cerveza, vino o licor casi todo los días.	2		
I have tooth or mouth problems that make it hard for me to eat. Es difícil comer porque tengo problemas con mis dientes/boca.	2		
I don't always have enough money to buy the food I need. A veces no tengo suficiente dinero para comprar comida.	4		
I eat alone most of the time. Como solo la mayoría del tiempo.	1		
I take three or more different prescribed or over-the-counter drugs a day. Tomo tres o más diferentes medicinas al día.	1		
Without wanting to, I have lost or gained 10 pounds in the last six months. Sin querer, he ganado o perdido 10 libras en los últimos seis meses.	2		
I am not always physically able to shop, cook, and/or feed myself. A veces no estoy físicamente capaz de hacer compras, cocinar o comer.	2		

**TOTAL YOUR NURTITION SCORE \_\_\_\_\_, IF IT'S:**

Sume el total Nutrición \_\_\_\_\_, Si es:

- 0-2 **GOOD! Recheck your nutritional score in 6 months**
- 3-5 **You are at moderate nutritional risk.** See what you can do to improve your eating habits and lifestyle. Your Office for the Aging, senior nutrition program, senior center or health department can help. Recheck your score in 3 months
- 6 and up **You are at High nutritional risk.** Bring this checklist and talk with your doctor, dietician or other health or social service professional. Ask for help to improve your nutritional health.

- 0-2 **BUENO! Vuelva a revisar su puntaje nutricional en 6 meses**
- 3-5 **Usted está en riesgo nutricional moderado.** Vea lo que puede hacer para mejorar sus hábitos alimenticios y estilo de vida. Su Oficina para las Personas Mayores, programa de nutrición para adultos mayores, centro para personas mayores o departamento de salud puede ayudar. Vuelva a comprobar su puntuación en 3 meses

- 6 o más **Usted está en alto riesgo nutricional.** Llevar esta lista y hable con su médico, dietético o profesional de servicios sociales. Solicite ayuda para mejorar su salud nutricional



## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ADMISIÓN DE RIESGO

Yo, \_\_\_\_\_ deseo participar en clases de gimnasia, las cuales pueden implicar, entre otras cosas, actividad aeróbica, entrenamiento de resistencia y peso, y natación; clases de educación continuada y recreativas, otras actividades recreativas y juegos; y los servicios del programa de transporte del Proyecto CART de la Fundación de Nueva York para Mayores (New York Foundation for Senior Citizens Project CART Transportatón Program) y cualesquiera otros programas de transporte que pueda utilizar para acceder a las actividades proporcionadas por la organización, como se define a continuación (las "**actividades**") proporcionado por Lenox Hill Neighborhood House, Inc. centros Senior (la "**organización**").

1. Como consideración legal para que la Organización le permita participar en las Actividades y utilizar algunas o todas las instalaciones de la Organización (las "Instalaciones"), acepto todos los términos y condiciones establecidos en este acuerdo (este "Acuerdo").
2. Entiendo que las Actividades y el uso de las Instalaciones pueden ser peligrosos y pueden implicar un riesgo de lesiones graves, la muerte y / o daños a la propiedad.
3. Reconozco que cualquier lesión que sufra puede agravarse por una emergencia negligente o por operaciones de rescate de la Organización.
4. Reconozco que estoy participando a sabiendas y voluntariamente en las Actividades con una comprensión expresa del peligro involucrado y por la presente, acepto y asumo todos los riesgos de lesiones, muerte o daños a la propiedad, ya sea por negligencia de la Organización. otros participantes o personas que puedan estar presentes en las Actividades o Instalaciones, cualquier Autorización o de otro tipo, incluidos, entre otros, los siguientes: tropiezos; resbalones y caídas; moretones, laceraciones, o incluso lesiones personales más graves; y cualquier lesión personal asociada con el uso del equipo y las Instalaciones.
5. Por este medio renuncio expresamente y libero cualquier y todo reclamo, ahora conocido o en adelante conocido, que pueda tener contra la Organización, y sus funcionarios, directores / gerentes, empleados, voluntarios, agentes, afiliados, sucesores y cesionarios. (colectivamente, "Liberaciones"), debido a lesiones, muerte o daños a la propiedad causados por mi participación en las Actividades o el uso de las Instalaciones, ya sea por negligencia de la Organización, otros participantes o personas que puedan estar presentes en las actividades o las instalaciones, las liberaciones o de otro tipo.
6. Acepto y prometo expresamente no presentar ninguna reclamación de este tipo contra la Organización, y liberar para siempre a la Organización y todos los demás Liberados de responsabilidad bajo dichas reclamaciones.
7. Todos los asuntos que surjan de o relacionados con el cumplimiento de este Acuerdo se regirán por las leyes del Estado de Nueva York (incluido su estatuto de limitaciones).

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido completamente todos los términos de este Acuerdo y que estoy renunciando voluntariamente a importantes derechos legales, incluido el derecho a demandar a la Organización.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_



### **Autorización y liberación de la entrevista**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a Lenox Hill Neighborhood House, a sus empleados y agentes, para usar mi nombre, mi historia y cualquiera de mis citas directas (colectivamente, "material de entrevista"), sin previo aviso, para informativos, promocionales y / o de recaudación de fondos. Entiendo que no tendré la oportunidad de editar, revisar o proporcionar más comentarios sobre este material de la entrevista, después de que se proporcione, y entiendo que este material puede o no ser atribuido a mí específicamente. Entiendo que dicho material de entrevista puede ser exhibido públicamente en materiales informativos, promocionales y / o de recaudación de fondos, incluso en plataformas de redes sociales donde estos medios estarán disponibles para cualquier persona en cualquier lugar y cualquier persona con acceso a Internet puede obtenerlos o descargarlos. Entiendo que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y de reconocer que firmo este documento voluntariamente. Reconozco que no voy a recibir compensación para cualquier medio utilizado. Confirmando que todo el material de la entrevista que he proporcionado a Lenox Hill Neighborhood House es verdadero y preciso a mi leal saber y entender. Libero a Lenox Hill Neighborhood House, a sus empleados y agentes de responsabilidad y cualquier reclamo que surja de o en conexión con la toma o el uso de este material de entrevista. He leído y entiendo los términos de esta Autorización y Liberación.

---

Firma

Fecha

### **Consentimiento y Autorización de los Medios de Comunicación**

Yo, \_\_\_\_\_, doy la autorización a Lenox Hill Neighborhood House para utilizar las fotografías, los videos y/o el audio ("los medios") en los que yo aparezca para la publicidad o promoción del Centro @ Lenox Hill Neighborhood House, el Centro para Personas Mayores en la Iglesia de Saint Peter, y/o Lenox Hill Neighborhood House o su misión. He leído las condiciones de este Consentimiento y Autorización y las entiendo.

---

Firma

Fecha



### **Autorización y Liberación de Transporte**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que, de vez en cuando, puedo optar por participar en el programa de transporte de Lenox Hill Neighborhood House en el que el transporte se proporciona a través de varias agencias o programas públicos, así como proveedores privados (sin costo alguno para mí). Este programa incluye viajes a varios lugares culturales y de compras, mi hogar y/o otros destinos. En consideración de mi participación en este programa de transporte voluntario y de los esfuerzos de Lenox Hill Neighborhood House para organizarlos, renuncio a todos y cada uno de los reclamos, derechos o causas de acción de cualquier tipo contra de Lenox Hill Neighborhood House o sus empleados o agentes que puedan surgir de tales viajes.

---

Firma

Fecha



### Autorización se Servicios Sociales

**\*Nota: Solo completa este formulario si buscas ayuda con servicios sociales o beneficios. \***

Yo, \_\_\_\_\_, autorizar a Lenox Hill Neighborhood House y su personal, pasantes y voluntarios a examinar, discutir, divulgar y / o obtener cualquier información o documento sobre mí o mi caso para que puedan proporcionarme servicios de los recursos comunitarios necesarios. Además, autorizo la divulgación a Lenox Hill Neighborhood House de todos los registros y / o información que me concierne que pueda estar bajo la custodia y el control de otras personas o agencias, incluidas las agencias de servicios sociales, proveedores de servicios legales, empleadores, agencias gubernamentales, propietarios y / o otras personas, en lo que se refiere a mis servicios en curso.

Además, doy permiso a Lenox Hill Neighborhood House y su personal, pasantes y voluntarios para compartir con otras personas, agencias o financiadores la información confidencial sobre mí y mi caso que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para los servicios y para permitir que Lenox Hill Neighborhood House me brinde servicios. También doy mi permiso a Lenox Hill Neighborhood House para divulgar la información que sea necesaria para cumplir con los requisitos de sus financiadores.

**Entiendo que este consentimiento es voluntario, pero que podría no ser posible obtener servicios sin él. Entiendo que si doy mi consentimiento oral, este documento constituye un registro de consentimiento en la fecha en que se dio. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor indefinidamente. Tengo derecho a revocar este comunicado en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi Trabajador Social o un miembro del personal de Servicios Sociales.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de consentimiento oral:

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para recopilar datos

Fecha de consentimiento para recopilar datos: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que la información personal proporcionada por mí o mi representante legal pueda ser ingresada en el Sistema de datos del cliente del Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York. Entiendo que esta información se registrará, porque es necesaria y comprendo que existen leyes y reglamentos que protegen mi información de identificación personal y de salud.

Entiendo que esta información se recopilará para ayudar a brindar servicios, incluyendo los servicios financiados a través del Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York. También ayudará a identificar otros servicios para los que puedo calificar. Entiendo que esta información es necesaria para que se brinden algunos servicios.

Entiendo que firmar esta autorización es un acto voluntario y que puede ser revocada en cualquier momento. Si me niego a firmar esta autorización, el proveedor de servicios mencionado anteriormente no podrá ayudarme haciendo remisiones para mí. Se me puede dar información para hacer un seguimiento por mi cuenta.

Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para compartir información de preparación para emergencias

Fecha del consentimiento de preparación para emergencias: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, doy mi consentimiento para la divulgación de mi información contenida en el Formulario de preparación para emergencias y he recibido una copia de este formulario. Entiendo que mi demografía básica y mi historial social son parte de mi información de preparación para emergencias.

Entiendo que mi información se compartirá solo con personas autorizadas para responder en una emergencia, como agencias gubernamentales, agencias del orden público o aquellas personas que actúen en nombre de ellas.

Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que mi información se recopile y se comparta como indican mis iniciales arriba. Esta autorización no caducará a menos que yo o mi representante legal la revoquemos.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal (letra de imprenta)

Poder notarial

Tutela

Describa la relación entre el representante legal y el cliente:

SOLO PARA USO

**CERTIFICACIÓN *(debe ser completado por el trabajador)***

Doy fe de que se obtuvo el consentimiento informado, como se indica, de la persona antes mencionada, quien proporcionó su firma arriba. Se siguieron todos los procesos apropiados y el consentimiento se proporcionó voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador  
(letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Título del trabajador  
(letra de imprenta)



# Formulario de registro de votantes del estado de Nueva York

## 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 por condena de 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.

Envíe este formulario por correo o entréguelo, como mínimo, 25 días antes de las elecciones en las 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](http://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 Seguridad Social, que usted indicará abajo.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad 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.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পত্রে 1-800-367-8683 টিতে পক্ষি

**!** Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral. Escriba en letra de molde con tinta azul o negra.

<b>!</b> Requisitos	1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	For board use only
	Si su respuesta es <b>No</b> , no puede registrarse para votar.		
2	A) ¿Tendrá 18 años o más el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	B) ¿Tiene al menos 16 años y comprende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar, y que hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones su registro se marcará como "pendiente" y no podrá emitir un voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Si su respuesta es <b>No</b> a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.		

Su nombre	3	Apellido <input type="text"/>	Sufijo <input type="text"/>
		Primer nombre <input type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input type="text"/>

Más información Los puntos 5, 6 y 7 son opcionales	4	Fecha de nacimiento <input type="text" value="MM/DD/YYYY"/>	5	Sexo <input type="text"/>
	6	Teléfono <input type="text" value="XXX-XXX-XXXX"/>	7	Correo electrónico <input type="text"/>

La dirección donde vive	8	Dirección (no proporcione un apartado postal) <input type="text"/>	
		N.º de apto. <input type="text"/>	Código postal <input type="text" value="XXXXXX"/>
		Ciudad/Pueblo/Aldea <input type="text"/>	
		Condado del estado de Nueva York <input type="text"/>	

La dirección donde recibe su correspondencia Si no es la indicada arriba.	9	Dirección o apartado postal <input type="text"/>	
		Apartado postal <input type="text"/>	Código postal <input type="text" value="XXXXXX"/>
		Ciudad/Pueblo/Aldea <input type="text"/>	

Antecedentes de votación	10	¿Ha votado antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	11	¿En qué año? <input type="text" value="XXXX"/>
--------------------------	----	---	----	--

Información electoral que ha cambiado Si es que hubo algún cambio o si nunca antes votó.	12	Su nombre era <input type="text"/>
		Su dirección era <input type="text"/>
		Su estado o condado dentro del estado de Nueva York anterior era <input type="text"/>

Identificación Debe seleccionar una opción. Si tiene preguntas, consulte Verificación de identidad más arriba.	13	<input type="checkbox"/> Número del DMV del estado de Nueva York <input type="text" value="XXXXXXXXXX"/>
		<input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social <input type="text" value="XXXX-XXXX"/>
		<input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducir del estado de Nueva York ni número de Seguridad Social.

Partido político Debe seleccionar una opción.  La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.	14	<b>Deseo afiliarme a un partido político</b>	<b>!</b>	Declaración jurada: Juro o declaro que:
		<input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Otro .....		

Preguntas opcionales	15	<input type="checkbox"/> Necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes.	Firma <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones.	

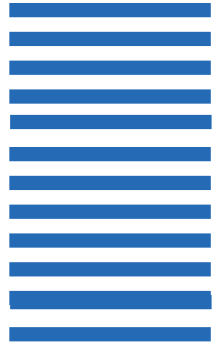


NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 4339 NEW YORK NY

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BOARD OF ELECTIONS  
32 BROADWAY 7 FL  
NEW YORK NY 10275-0067



**Oficinas de Condado de la Junta Electoral**

**Oficina General**  
32 Broadway, 7 Fl  
Nueva York, NY 10004-1609  
Phone: 1.212.487.5300 / 1.212.487.5400  
Centro de llamadas: 1.866.VOTE.NYC  
Correo electrónico: electioninfo@boe.nyc.ny.us  
Sitio web: www.vote.nyc.ny.us

**Manhattan**  
200 Varick Street, 10 Fl  
Nueva York, NY 10014  
Phone: 1.212.886.2100

**Bronx**  
1780 Grand Concourse, 5 Fl  
Bronx, NY 10457  
Phone: 1.718.299.9017

**Brooklyn**  
345 Adams Street, 4 Fl  
Brooklyn, NY 11201  
Phone: 1.718.797.8800

**Queens**  
118.-35 Queens Boulevard, 11th Fl  
Forest Hills, NY 11375  
Phone: 1.718.730.6730

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



## (Opcional) Regístrese para donar sus órganos y tejidos



Si desea ser donante de órganos y tejidos después de su muerte, puede inscribirse en el Registro *Donate Life*™ de NYS por Internet en [www.donatelife.ny.gov](http://www.donatelife.ny.gov), o bien, complete el siguiente formulario.

Recibirá un correo electrónico o una carta de confirmación, lo cual le permitirá la posibilidad de limitar su donativo.

Apellido(s) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre | Sufijo

Dirección \_\_\_\_\_

Número apto. Código postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento | M | M | D | D | A | A | A | A | Sexo  M  F

Color de ojos \_\_\_\_\_ Estatura | Pies | Pulgadas

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Nº DMV o ID NYC \_\_\_\_\_

Por el hecho de firmar al pie, usted confirma:

- ser mayor de 16 años;
- que acepta donar todos sus órganos y tejidos para trasplante, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a facilitar su nombre y datos identificativos al Registro *Donate Life*™ de NYS para su inscripción;
- y autoriza asimismo al Registro a permitir, después de su fallecimiento, el acceso a estos datos a las organizaciones de búsqueda de órganos reguladas Ciudad federalmente, a los bancos de tejidos y ojos bajo licencia de NYS y a otros organismos aprobados por la Comisión de Salud del NYS.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

## Autorización se Servicios Sociales

**\*Nota: Solo completa este formulario si buscas ayuda con servicios sociales o beneficios. \***

Yo, \_\_\_\_\_, autorizar a Lenox Hill Neighborhood House y su personal, pasantes y voluntarios a examinar, discutir, divulgar y / o obtener cualquier información o documento sobre mí o mi caso para que puedan proporcionarme servicios de los recursos comunitarios necesarios. Además, autorizo la divulgación a Lenox Hill Neighborhood House de todos los registros y / o información que me concierne que pueda estar bajo la custodia y el control de otras personas o agencias, incluidas las agencias de servicios sociales, proveedores de servicios legales, empleadores, agencias gubernamentales, propietarios y / o otras personas, en lo que se refiere a mis servicios en curso.

Además, doy permiso a Lenox Hill Neighborhood House y su personal, pasantes y voluntarios para compartir con otras personas, agencias o financiadores la información confidencial sobre mí y mi caso que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para los servicios y para permitir que Lenox Hill Neighborhood House me brinde servicios. También doy mi permiso a Lenox Hill Neighborhood House para divulgar la información que sea necesaria para cumplir con los requisitos de sus financiadores.

**Entiendo que este consentimiento es voluntario, pero que podría no ser posible obtener servicios sin él. Entiendo que si doy mi consentimiento oral, este documento constituye un registro de consentimiento en la fecha en que se dio. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor indefinidamente. Tengo derecho a revocar este comunicado en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi Trabajador Social o un miembro del personal de Servicios Sociales.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de consentimiento oral:

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha