



資格裁定簡版申請書

我該使用完整版申請書還是簡版申請書？

如果您的年齡為 18 歲或以上且符合以下條件，則使用完整版申請書：

- 您此前未從新澤西州發育障礙處 (NJ Division of Developmental Disabilities) 或新澤西州兒童護理系統 (NJ Children's System of Care, PerformCare) 處申請發育障礙服務。
- 或者-
- 您曾透過 NJ PerformCare 獲得服務，但從未填寫 PerformCare 的 18 歲以下兒童資格裁定申請書。

如果您的年齡為 18 歲或以上且符合以下條件，則使用簡版申請書：

- 您此前曾透過新澤西州發育障礙處 (Division of Developmental Disabilities, DDD) 申請發育障礙服務，並被 DDD 告知您符合資格。
- 或者-
- 您此前曾透過 NJ PerformCare) 申請發育障礙服務，並被 PerformCare 告知您符合資格。

如需確定您是否已經申請並有資格透過新澤西州兒童護理系統 (NJ Children's System of Care) 享受服務，請致電 PerformCare，電話號碼為 **877-652-7624**。

如需確定您是否已經申請並有資格透過 DDD 享受服務，請致電 DDD 受理處，電話號碼為 **800-832-9173** (聽到提示音，請按 2，然後按下您所在郡對應的數字)。

DDD 畢業生時間表為 16 至 21 歲的學生及其家人提供資訊：

www.nj.gov/humanservices/ddd/assets/documents/graduates-timeline.pdf

無論您使用的是完整版或簡版申請書，DDD 都仍可能需要與您聯絡以獲得更多資訊。

申請書說明

- 申請書可由 18 歲或以上的個人，或是由申請人的監護人或代申請人行事且年齡為 18 歲或以上的代表填寫。
- 18 歲或以上且在法律上屬於自己的監護人的申請人必須在申請書和表格上簽字。（如果申請人在填寫申請書時得到幫助，協助者應在連署人一欄中簽字）
- 如果您對申請有疑問或在填寫上需要幫助，請聯絡您所在郡的 DDD 社區服務辦事處 (Community Services Office) 的受理處。
- 透過電子郵件或郵寄方式提交填妥並署名的申請書，並附上所有支援性文件：

電子郵件方式：掃描已署名的申請書和文件，並作為附件提交至 DDD.NJApply@dhs.nj.gov。
在主題欄中寫明：受理申請，個人姓名首縮寫，居住郡（例：Intake Application JS Mercer County）。

郵寄方式：將已署名的申請書和文件副本郵寄至 DDD 受理處，地址是申請人居住郡的社區服務辦事處 (Community Services Office)：

所服務的郡	社區服務辦事處位置
Morris, Sussex, Warren	FLANDERS 辦事處: 1 Laurel Drive Flanders, NJ 07836 電話：973.927.2600
Bergen, Hudson, Passaic	PATERSON 辦事處: 100 Hamilton Plaza, 7th Floor Paterson, NJ 07505 電話：973.977.4004
Essex	NEWARK 辦事處: 153 Halsey St., 2nd FL, PO Box 47013, Newark, NJ 07101 電話：973.693.5080
Somerset, Union	PLAINFIELD 辦事處: 110 East 5th Street, Plainfield, NJ 07060 電話：908.226.7800
Monmouth, Ocean	FREEHOLD 辦事處: Juniper Plaza, Suite 1-J, 3499 Route 9 North, Freehold, NJ 07728: 電話：732.863.4500
Hunterdon, Mercer, Middlesex	TRENTON 辦事處: PO Box 705, Trenton, NJ 08625 電話：800.832.9173
Atlantic, Cape May, Cumberland, Salem	MAYS LANDING 辦事處: 5218 Atlantic Avenue, Suite 205, Mays Landing, NJ 08330 電話：609.476.5200

Burlington, Camden, Gloucester	VOORHEES 辦事處:2 Echelon Plaza, 221 Laurel Rd, Suite 210, Voorhees, NJ 08043 電話 : 856.770.5900
---	--

簡版申請書 – 所需材料

申請書和表格*

- 簡版申請書
- 隱私實踐通知 (供您留作記錄)
- 表格 A : 隱私實踐通知接收確認書
- 表格 B : 健康資訊披露授權書
- 新澤西選民登記機會
- 新澤西選民登記申請書

Medicaid 資格文件

- 補充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI) 年度授予函
- Medicaid 核准函
- 健康福利身份識別卡 (Medicaid 卡) 的副本

如果申請人在獲得 Medicaid 方面有困難，請聯絡發育障礙處 (Division of Developmental Disabilities, DDD) 的 Medicaid 資格服務台 (Medicaid Eligibility Helpdesk) :

DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov。

如適用，可提供其他文件

- 監護令副本
- 新澤西州職業康復服務處 (NJ Division of Vocational Rehabilitation Services, DVRS) 的記錄/評估 (F3 表)

NJCAT 評估

在 DDD 收到並審查了申請書和文件，且上述資訊得到滿足後（如果接收人員認為合適，可以進行面對面的談話），DDD 將安排個人使用新澤西州綜合評估工具（New Jersey Comprehensive Assessment Tool, NJCAT）。

*請注意，發育障礙處 (Division of Developmental Disabilities) 可能需要索取額外的資訊和/或文件來完成此申請書。

資格裁定簡版*申請書

*如果您此前曾通過發育障礙處 (Division of Developmental Disabilities, DDD) 或新澤西州兒童護理系統 (NJ Children's System of Care, PerformCare) 申請發育障礙服務，並被告知您符合資格，請使用簡版申請書。

第 1 部分：申請人聲明

根據新澤西州修訂法規第 30:4-25.2 條，現向人類服務部 (Department of Human Services) 專員提出申請，要求裁定通過 NJ DDD 提供服務的資格：

申請人名字：_____ 姓氏：_____

出生日期：_____

簽署本申請書，本人即聲明：

1. 本申請書和與之一起提交的所有表格均已盡可能準確填寫。
2. 本人瞭解，本人有機會根據 N.J.A.C. 10:48-1.1(j) 對判為不符合資格的裁定提出上訴。

本申請書依據 R.S. 30:4-25.2 提出，提交者與上述申請人的關係是：

自己 申請人的法定監護人 有合法管轄權的法院

申請人/法定監護人簽名（或標記）：_____ 日期：_____

連署人姓名（印刷體）：_____

連署人簽名：_____ 日期：_____

連署人職位名稱（如果是機構或法院代表）：_____

DDD 工作人員專用 – 申請人請跳轉至第 2 部分

是否符合功能標準？ 是否符合 Medicaid 資格？ 由於資訊不足而終止？

是 否

是 否

是 否

工作人員 1 簽名：

日期：

新澤西州人類服務部 (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
發育障礙處 (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

工作人員 1 職位名稱和所屬單位： _____

工作人員 2 簽名： _____ 日期： _____

工作人員 2 職位名稱和所屬單位： _____

第 2 部分：申請人資訊和監護身份

申請人資訊

NJ PerformCare 身份 (ID) 識別號 (如適用)： _____

申請人姓名： _____ 出生日期： _____

地址： _____

市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____ 電話： _____

電子郵件地址： _____

出生地 (醫院和州，如果不在美國則填寫國家/地區)： _____

自何時 (填寫日期) 成為新澤西州居民： _____

父母 #1 姓名： _____

父母 #2 姓名： _____

監護身份*

申請人是否有法定監護人？ 是 否 **如為是，請填寫法定監護人資訊：**

監護人姓名： _____ 出生日期： _____

與申請人的關係： _____

地址： _____

新澤西州人類服務部 (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
發育障礙處 (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：_____

電子郵件地址：_____

***如果申請人有法定監護人，必須內附監護令。**

PerformCare 資訊 (如適用)：

護理管理組織 (Care Management Organization, CMO)：

CMO 聯絡人姓名：_____ 電話：_____



State of New Jersey
Department of Human Services
P.O. BOX 700
Trenton, NJ 08625-0700

隱私實踐通知

生效日期：2018 年 10 月 15 日

本通知適用於接受人類服務部 (Department of Human Services, DHS) 發育障礙處 (Division of Developmental Disabilities) 的服務的個人，不需要您的回覆。本通知對有關您的醫療資訊如何被使用和披露，以及您如何獲得這些資訊進行了說明。請仔細閱讀。

您的權利

- **查看和複製您的記錄的權利。**在大多數情況下，您有權檢視或獲得自己的記錄副本。您必須以書面形式提出要求。我們將在三十 (30) 天內對您的要求作出答覆。您可能會被收取記錄複印費用。
- **獲得醫療記錄電子版副本的權利。**如果您的資訊是以電子格式儲存的，您可以要求將您的電子記錄傳送給您或其他個人或組織。我們將在三十 (30) 天內對您的要求作出答覆。
- **更正或更新您的記錄的權利。**如果您認為您的健康資訊有誤，您可以要求我們更正。您必須以書面形式提出要求，並提供您需要更正資訊的理由。
- **選擇我們與您溝通方式的權利。**您可以要求我們以某種方式與您分享資訊。例如，您可以要求我們將資訊發送到您的工作地址，而不是您的家庭地址。您必須以書面形式提出這一要求。您不需要解釋要求的理由。我們可以拒絕不合理的要求。
- **獲得披露清單的權利。**您有權要求我們提供 2003 年 4 月 14 日之後的披露清單。您必須以書面形式提出要求。這不包括為治療、付款或健康營運目的而共用的資訊。我們每年將免費提供一份帳目，但如果在 12 個月內提供額外的清單，可能會收取一定的費用。
- **獲得洩露通知的權利。**您有權在您的任何受保護健康資訊被洩露時得到通知。

- **要求限制使用或披露的權利。** 您有權要求我們限制您的資訊的使用或與他人共用的方式。您必須以書面形式提出要求，並說明哪些資訊應受到限制。我們不一定要同意您的限制要求。如果您為某一特定專案或服務全額支付了自付費用，您有權要求不披露您與該專案或服務有關的資訊。我們將始終尊重這一要求。
- **撤銷授權的權利。** 如果我們要求您簽署使用或披露您的資訊的授權，您可以隨時取消該授權。您必須以書面形式提出這一要求。您的要求不會影響已經共用的資訊。
- **獲得本通知副本的權利。** 您有權在任何時候要求獲得本通知的紙本
- **提出投訴的權利。** 如果您不認可我們使用或披露您的資訊的方式，您有權提出投訴。
- **選擇他人代您行事的權利。** 如果某人被合法指定為您的個人代表，此人即可行使您的權利並做出與您的健康相關的選擇。

我們的職責

人類服務部 (Department of Human Services) 的職能是為您和您的家人提供健康護理服務。因此，我們必須收集與您相關的資訊以提供這些服務。我們必須根據聯邦和州法律保護您的資訊，並將遵守本通知的條款。我們可能會在未經您授權的情況下出於以下目的使用和披露資訊：

- **治療目的。** 我們可能會使用您的資訊或將其披露給參與您健康護理的健康護理提供者。
- **付款。** 我們可能會使用或披露您的資訊，以便為您已經或將要接受的健康護理服務獲得付款或支付費用。
- **健康護理營運。** 我們可能會使用或披露您的資訊，以管理我們的業務，改善您的護理，並在必要時與您聯絡。
- **根據法律要求。** 我們將向儲存生命記錄的公共衛生機構披露資訊，如出生、死亡和某些疾病。
- **虐待和忽視調查。** 我們可能會披露您的資訊以報告所有潛在的虐待和/或忽視案件。
- **衛生監督活動。** 我們可能使用或披露您的資訊，以應對州官員的檢查或調查。
- **政府計劃。** 我們可能會使用和披露您的資訊，用於管理和協調政府計劃下的公共福利。

- **避免傷害。** 我們可能會使用資訊並將其向執法部門披露，以避免對個人或大眾的健康和安全造成嚴重威脅。
- **用於研究。** 我們可能會使用和披露您的資訊用於研究和編製報告。這些報告無法具體確定您或其他人的身份。
- **業務夥伴。** 我們可能會向代表我們履行職能的業務夥伴使用和披露您的資訊，前提是為完成這些職能所必需。
- **器官和組織捐獻。** 如果您是器官捐獻者，我們可能向從事採購、儲存或運輸器官、眼睛或其他組織以促進器官移植的組織使用和披露您的資訊。
- **軍人和退伍軍人。** 如果您是武裝部隊的成員，我們可能會向適當的軍事當局披露您的資訊。
- **工傷賠償。** 我們可能會使用或披露您的資訊，用於工傷賠償或為與工作有關的傷害或疾病提供福利的類似計劃。
- **資料洩露通知的目的。** 我們可能會使用或披露您的資訊，以提供法律規定的關於未經授權存取或披露您健康資訊的通知。
- **訴訟和糾紛。** 我們可以根據法院或行政命令、傳票、取證要求或其他合法程序，使用或披露您的資訊。
- **執法部門。** 在您的資訊符合以下條件的情況下，我們可能會向執法部門披露資訊：1) 回應法院命令、傳票、搜查令或類似程序；2) 僅限於識別或找到嫌疑人、逃犯、重要證人或失蹤人員；3) 與犯罪受害者有關（在非常有限的情況下）；4) 與可能由犯罪導致的死亡有關；5) 與在任何 DHS 財產上的犯罪行為有關；6) 在緊急情況下，需要舉報犯罪或與犯罪有關的事實。
- **驗屍官、法醫和殯儀館。** 我們可能會向驗屍官或法醫披露您的資訊，以確認死者身份或確定死因。我們可能因為殯儀館館長的職責需要而將您的資訊向其披露。
- **國家安全和情報。** 我們可能向經授權的聯邦官員披露您的資訊，用於法律授權的情報、反間諜和其他國家安全活動。

- **為總統和其他人提供保護服務。**我們可能會向經授權的聯邦官員披露您的資訊，以便他們為美國總統、其他被授權人或外國元首提供保護，或進行特別調查。
- **囚犯或在押人員。**如果您是一名囚犯，我們可能會將您的資訊透露給懲教機構，前提是該機構需要該資訊來：1) 為您提供健康護理；2) 保護您或他人的健康和 safety，或：3) 為了懲教機構的安全和保障。
- **向家人、朋友和其他人披露。**我們可能將您的資訊披露給您的家庭成員、朋友或其他與您的醫療護理有關的人。您可以反對這些資訊的共用。我們也可能會與被合法指定為您個人代表的人共用您的資訊。
- **醫院名錄。**除非您通知我們您反對，否則我們可能將您的某些資訊列入醫院名錄，以便在您住院時，回應朋友、家人、神職人員和其他人的有關於您的詢問。

其他需要您書面授權的使用和披露行為

- **對於所有其他情況。**除上述目的外，我們在使用或披露資訊前會要求您的書面授權。需要授權的特殊情況包括，對您的心理治療記錄大多數的使用和披露情況，對於您的人類免疫缺陷病毒或稱 HIV 檢測結果的某些披露，出於行銷目的對您的健康資訊的使用和披露，以及出售您的健康資訊，但有一些例外情況。如果您給我們授權，您可以隨時撤回這一書面授權。如需撤銷您的授權，請按以下號碼聯絡我們。如果您撤銷授權，我們將不再按您的書面授權所允許的範圍使用或披露您的健康資訊，但我們已經依照您的授權行事的情況除外。
- **根據其他法律要求。**我們會要求您提供書面授權，以遵守其他保護您資訊使用和披露的法律。

提出投訴

如果您想投訴或報告有關使用或披露您的健康資訊的問題，您可以使用以下聯絡資訊。為您提供的治療或服務不會因為您的任何投訴而受到影響。DHS 反對任何因參與 HIPAA 調查而產生的報復性行為。

New Jersey Department of Human Services
Division of Developmental Disabilities
Legal and Administrative Practice Office
P.O. Box 726
222 South Warren St.
Trenton, NJ 08625-0726
電話：609-633-7402

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Ave, S.W., Room 509H
Washington DC, 20201
電話：866-627-7748/ TTY:886-788-4989
www.hhs.gov/ocr

DHS 或其相關部門將在三十 (30) 天內對您的聯絡作出答覆。

對本通知的變更

在未來，DHS 可能會變更其隱私實踐通知。任何變更都可能適用於我們已經擁有的關於您的醫療資訊，以及我們在未來將收到的資訊。新通知的副本將張貼在我們的機構/辦公室，並按照法律規定提供給您。您可以向我們索取一份現行通知的副本，或在我們的網站上線上獲得。

表格 A：隱私實踐通知接收確認書

本接收確認書必須在收到隱私實踐通知後簽署，並交回新澤西州發育障礙處 (NJ Division of Developmental Disabilities)。

本人（申請人或法定監護人姓名），_____

特此確認，本人於（日期）：_____ 收到**隱私實踐通知**

本人是（請勾選一項）： 申請人 法定監護人

簽名（或標記）：_____ 日期：_____

如果簽署者為法定監護人，請提供申請人姓名：

申請人姓名（印刷體）：_____

如果提供申請人標記，則需要一名連署人：

連署人姓名（印刷體）：_____

連署人簽名：_____ 日期：_____

表格 B：向家人及相關人士披露健康資訊授權書

本人 _____
(個人、法定監護人或代理人姓名)

特此授權使用/披露/接收以下申請人的健康資訊：

名字：_____ 姓氏：_____

出生日期：_____

被授權使用、披露和接收資訊者 (如適用，則包括法定監護人)：

主要聯絡人：_____ 電話：_____

地址：_____

與申請人的關係：_____ 電子郵件：_____

主要聯絡人：_____ 電話：_____

地址：_____

與申請人的關係：_____ 電子郵件：_____

主要聯絡人：_____ 電話：_____

地址：_____

與申請人的關係：_____ 電子郵件：_____

主要聯絡人：_____ 電話：_____

地址：_____

新澤西州人類服務部 (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
發育障礙處 (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

與申請人的關係：_____ 電子郵件：_____

1. 我授權發育障礙處 (Division of Developmental Disabilities, DDD) 工作人員透過電話與主要聯絡人或替代聯絡人聯絡，告知任何可能需要從速處理或授權的疾病、傷害或事件。
2. 我授權 DDD 工作人員向上述聯絡人和/或其他獲准探訪的個人提供最低限度的必要健康資訊。
3. 我明白，我可以拒絕簽署本授權書，我拒絕簽署不會影響我獲得治療或進行付款的能力，也不會影響我獲得福利或服務的資格。我可以檢查或複製根據本授權書使用/披露的任何書面資訊。
4. 我明白，如果接收資訊的個人或組織並非聯邦隱私法規所涵蓋的健康護理提供者或醫療計劃，上述資訊可能會被重新披露，不再受這些法規的保護。但是，根據 Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements (聯邦藥物濫用保密要求)，接收方可能被禁止披露藥物濫用資訊。
5. 我明白，我可以在任何時候以書面形式撤銷本授權，但依靠本授權已採取的行動除外。撤銷本授權的申請必須提供給 DDD 的隱私官員。撤銷將在隱私官員收到該申請之日生效。
6. 本授權於 (日期) _____ 或自個人/法定監護人簽字之日起一年內到期。
7. 本授權書的完整副本將儲存在申請人的記錄中。

(選擇其一) 的簽名或標記：___ 個人 ___ 法定監護人 ___ 代理人

簽名*：_____ 日期：_____

電話：_____

如果提供標記，則需要一名連署人：

新澤西州人類服務部 (NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
發育障礙處 (DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

連署人姓名 (印刷體) : _____

連署人簽名 : _____ 日期 : _____

***如果簽署者為法定監護人或代理人，則必須內附監護令或代理授權令。**



紐澤西州 選民登記申請

請用原子筆以正楷清楚填寫。務必填寫所有資料，除非有註明可不填寫。

1 請在所有適用的方格內打勾： <input type="checkbox"/> 新登記 <input type="checkbox"/> 姓名變更 <input type="checkbox"/> 隸屬政黨 <input type="checkbox"/> 地址變更 <input type="checkbox"/> 簽名更新 <input type="checkbox"/> 郵寄投票						FOR OFFICIAL USE ONLY Clerk Registration # Office Time Stamp <input type="checkbox"/> by mail <input type="checkbox"/> in person Muni Code # Party Ward District
2 您是否為美國公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若不是，請勿填寫本表格)		3 您是否現年十七歲？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若不是，請勿填寫本表格)				
4 姓 _____ 名 _____ 中間名或開頭字母 _____ 後綴 (如 Jr., Sr., III) _____						
5 出生日期 (月/日/年) _____ / _____ / _____			6 性別 (可不勾選) <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性			
7 紐澤西州駕駛執照號碼或 MVC 無駕照者身份識別碼 _____ 如果您沒有紐澤西州駕駛執照或 MVC 無駕照者身份識別碼，請提供您的社會安全號碼的最後四個數字。 _____ <input type="checkbox"/> 「我發誓並確認我沒有紐澤西州駕駛執照、MVC 無駕照者身份識別碼或社會安全號碼。」						
8 家庭地址 (請勿使用郵政信箱) _____ 公寓 _____ 市 (市鎮) _____ 縣 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____						
9 郵寄地址 (若不同於家庭地址) _____ 公寓 _____ 市 (市鎮) _____ 縣 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____						
10 上次登記投票的地址 (請勿使用郵政信箱) _____ 公寓 _____ 市 (市鎮) _____ 縣 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____						
11 先前的姓名，如申請姓名變更 _____		12 白天電話號碼 (可不填寫) _____ 電子郵件地址 (可不填寫) _____				
13 您是否想要聲明您隸屬的政黨？ <input type="checkbox"/> 是，我隸屬的政黨是 _____。 (可不填寫) <input type="checkbox"/> 否，我不想要隸屬於任何政黨。						
14 為所有未來的選舉請求郵寄選票 (可不勾選) <input type="checkbox"/> 我想要收到所有未來選舉的郵寄選票，直到我以書面方式向縣書記員辦公室提出其他請求。 <input type="checkbox"/> 請將我的選票寄到以下地址 (若不同於上述的郵寄地址)。 郵寄地址 (若不同於上述地址) _____ 公寓 _____ 市 (市鎮) _____ 州 _____ 郵政編碼 _____						
聲明 — 我發誓並確認： <ul style="list-style-type: none"> ● 我是美國公民 ● 我住在上述的家庭地址 ● 我現年十七歲，並瞭解在我達到十八歲以前，我可能不能投票 ● 在下次選舉之前我已經在本州和本縣內居住至少滿三十天 ● 我沒有因犯了本州或其他州或美國法律可公訴的罪行而在監獄服刑 ● 我瞭解任何虛假或欺詐的登記，根據 R.S. 19:34-1 法規，可能會導致被處以最高 15,000 美元的罰款或監禁五年的刑罰，或兩者 						
登記者簽名：簽名或標記並註明日期於下 X _____ 日期 _____ / _____ / _____ (月/日/年)			若申請人不能完成本表格，請正楷清楚填寫完成本表格者的姓名和地址。 姓名 _____ 日期 (月/日/年) _____ / _____ / _____ 地址 _____			

第 7、8、13 和 14 條的重要說明

- 7) 通過郵寄方式送交本表格且是初次登記投票的登記人：若您不提供第 7 條要求的任何資料，或您提供的資料不能被證實，您將被要求提供一份當前有效的帶照片身份證副本，或一份有您的姓名和當前地址的文件以避免必須在投票處提供身份證明。
註：身份證號碼是機密的，不會被任何政府機構公佈。任何非法使用此類號碼的人將受到刑罰。
- 8) 如果您無家可歸，可以填寫第 8 條，提供您大部分時間所處的聯繫地點或位置。
- 13) 無論之前的政黨隸屬關係為何，您可以聲明您隸屬的政黨或不隸屬於任何政黨。如果您之前隸屬於某政黨但想要更改隸屬的政黨或成為不隸屬於任何政黨，則必須在初選前至少五十五天提交本表格以便在初選中投票。您可以選擇不填寫第 13 條，這不會影響您選民登記申請的受理。
- 14) 若您想要收到所有未來選舉的郵寄選票，請在第 14 條的適當方格內打勾。您將繼續收到所有未來選舉的郵寄選票，直到你以書面方式向縣書記員辦公室提出其他請求。

需要更多資訊嗎？若您想要收到有關以下內容的更多資訊，請在相應的方格內打勾：

- 郵寄投票
- 投票站可訪問性
- 殘疾人投票，包括視力障礙
- 成為投票站工作人員
- 以其他語言提供的選舉資料：_____

紐澤西州選民登記資料

您可以登記投票，如果：

- 您是美國公民。
- 您現年至少十七歲。*
- 您在選舉前三十天將成為本州和本縣的居民。
- 我沒有因犯了本州或其他州或美國法律可公訴的罪行而在監獄服刑。

*若您現年至少十七歲您可以登記投票，但是在未達十八歲之前不能投票。

登記截止日期：選舉前二十一天

若您的申請被接受，您的縣註冊專員將會通知您。

若您的申請不被接受，您將會收到如何完成和/或更正申請表的通知。

有問題嗎？請訪問 Elections.NJ.gov 或撥打免費電話 1-877-NJVOTER (1-877-658-6837)

1 折疊線

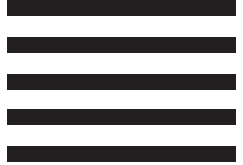


POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

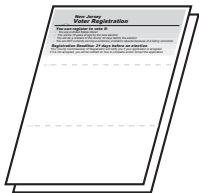


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

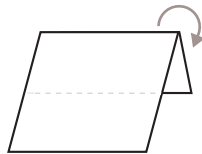


2 折疊線

重要提醒：以 100% 打印 — 不要減縮。按圖所示折疊以確保正確郵寄。



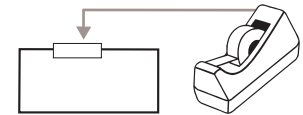
如圖所示將兩頁
疊放在一起



1 從折疊線向下折



2 從折疊線向上折



3 用膠帶封住