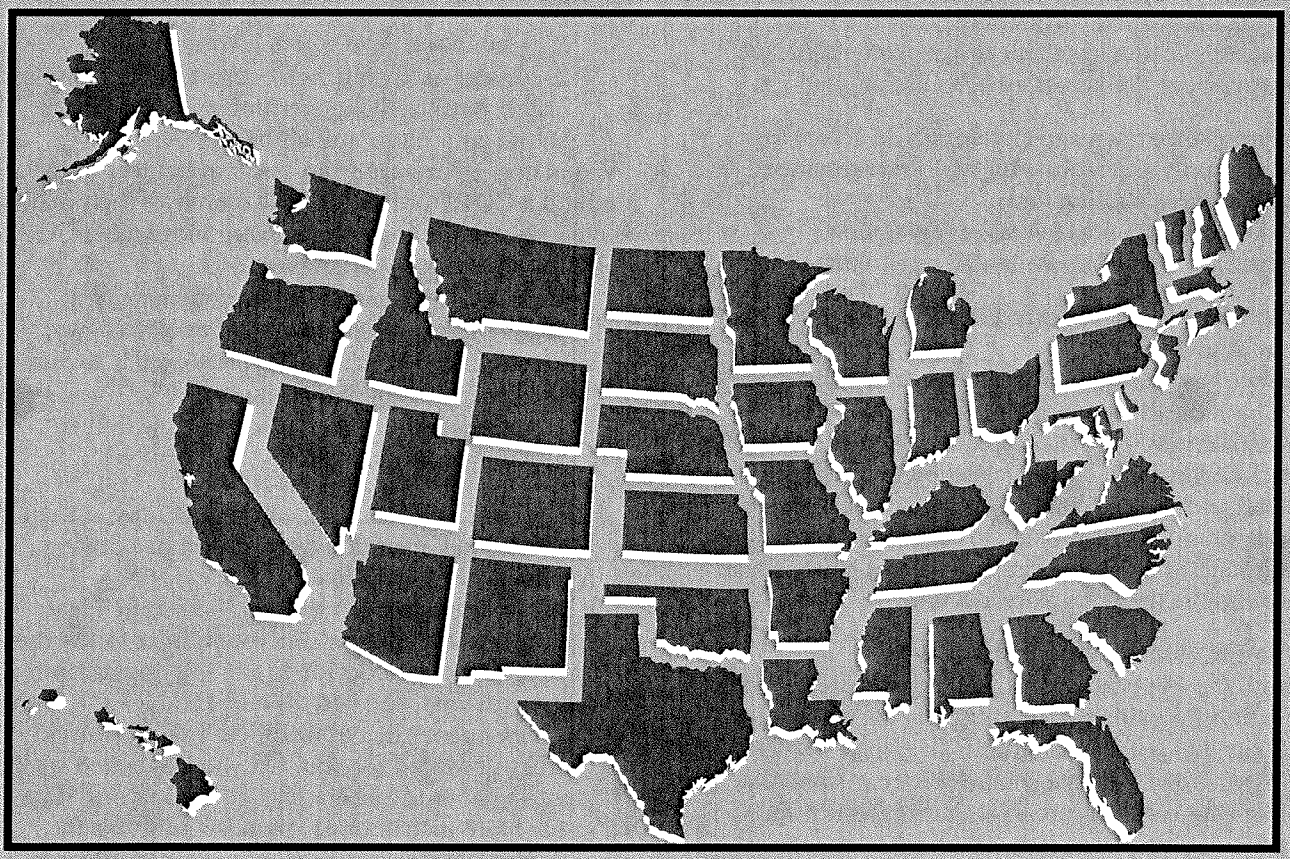
MENTAL HEALTH SERVICES

2014

VOTER REGISTRATION

Register To Vote In Your State By Using This Postcard Form and Guide



For U.S. Citizens

General Instructions

Who Can Use this Application
If you are a U.S. citizen who lives or has an address within the United States, you can use the application in this booklet to:

- Register to vote in your State,
- Report a change of name to your voter registration office,
- Report a change of address to your voter registration office, or
- Register with a political party.

Exceptions
Please do not use this application if you live outside the United States and its territories and have no home (legal) address in this country, *or* if you are in the military stationed away from home. Use the Federal Postcard Application available to you from military bases, American embassies, or consular offices.

New Hampshire town and city clerks will accept this application only as a request for their own absentee voter mail-in registration form.
North Dakota does not have voter registration.
Wyoming law does not permit mail registration.

How to Find Out If You Are Eligible to Register to Vote in Your State
Each State has its own laws about who may register and vote. Check the information under your State in the State Instructions. All States require that you be a United States citizen by birth or naturalization to register to vote in federal and State elections. Federal law makes it illegal to falsely claim U.S. citizenship to register to vote in any federal, State, or local election. You **cannot** be registered to vote in more than one place at a time.

How to Fill Out this Application
Use both the Application Instructions and State Instructions to guide you in filling out the application.

- First, read the Application Instructions. These instructions will give you important information that applies to everyone using this application.
- Next, find your State under the State Instructions. Use these instructions to fill out Boxes 6, 7, and 8. Also refer to these instructions for information about voter eligibility and any oath required for Box 9.

When to Register to Vote
Each State has its own deadline for registering to vote. Check the deadline for your State on the last page of this booklet.

How to Submit Your Application
Mail your application to the address listed under your State in the State Instructions. Or, deliver the application in person to your local voter registration office. The States that are required to accept the national form will accept copies of the application printed from the computer image on regular paper stock, signed by the applicant, and mailed in an envelope with the correct postage.

First Time Voters Who Register by Mail
If you are registering to vote for the first time in your jurisdiction and are mailing this registration application, Federal law requires you to show proof of identification the first time you vote. Proof of identification includes:

- A current and valid photo identification or
- A current utility bill, bank statement, government check, paycheck or government document that shows your name and address.

Voters may be exempt from this requirement if they submit a **COPY** of this identification with their mail in voter registration form. If you wish to submit a **COPY**, please keep the following in mind:

- Your state may have additional identification requirements which may mandate you show identification at the polling place even if you meet the Federal proof of identification.
- Do not submit original documents with this application, only **COPIES.**

If You Were Given this Application in a State Agency or Public Office
If you have been given this application in a State agency or public office, it is your choice to use the application. If you decide to use this application to register to vote, you can fill it out and leave it with the State agency or public office. The application will be submitted for you. Or, you can take it with you to mail to the address listed under your State in the State Instructions. You also may take it with you to deliver in person to your local voter registration office.
Note: The name and location of the State agency or public office where you received the application will remain confidential. It will not appear on your application. Also, if you decide not to use this application to register to vote, that decision will remain confidential. It will not affect the service you receive from the agency or office.

Application Instructions

Before filling out the body of the form, please answer the questions on the top of the form as to whether you are a United States citizen and whether you will be 18 years old on or before Election Day. If you answer no to either of these questions, you may not use this form to register to vote. However, state specific instructions may provide additional information on eligibility to register to vote prior to age 18.

Box 1 — Name
Put in this box your full name in this order — Last, First, Middle. Do not use nicknames or initials.
Note: If this application is for a change of name, please tell us in **Box A** *(on the bottom half of the form)* your full name before you changed it.

Box 2 — Home Address
Put in this box your home address (legal address). Do **not** put your mailing address here if it is different from your home address. Do **not** use a post office box or rural route without a box number. Refer to state-specific instructions for rules regarding use of route numbers.

Note: If you were registered before *but* this is the first time you are registering from the address in Box 2, please tell us in **Box B** *(on the bottom half of the form)* the address where you were registered before. Please give us as much of the address as you can remember.

Also Note: If you live in a rural area but do not have a street address, *or* if you have no address, please show where you live using the map in **Box C** *(at the bottom of the form).*

Box 3 — Mailing Address
If you get your mail at an address that is different from the address in Box 2, put your mailing address in this box. If you have no address in Box 2, you **must** write in Box 3 an address where you can be reached by mail.

Box 4 — Date of Birth
Put in this box your date of birth in this order — Month, Day, Year. *Be careful not to use today's date!*

Box 5 — Telephone Number
Most States ask for your telephone number in case there are questions about your application. However, you do **not** have to fill in this box.

Box 6 — ID Number
Federal law requires that states collect from each registrant an identification number. You must refer to your state's specific instructions for item 6 regarding information on what number is acceptable for your state. If you have neither a drivers license nor a social security number, please indicate this on the form and a number will be assigned to you by your state.

Box 7 — Choice of Party
In some States, you must register with a party if you want to take part in that party's primary election, caucus, or convention. To find out if your State requires this, see item 7 in the instructions under your State.

If you want to register with a party, print in the box the full name of the party of your choice.

If you do **not** want to register with a party, write "no party" or leave the box blank. Do **not** write in the word "independent" if you mean "no party," because this might be confused with the name of a political party in your State.
Note: If you do not register with a party, you can still vote in general elections and nonpartisan (nonparty) primary elections.

Box 8 — Race or Ethnic Group
A few States ask for your race or ethnic group, in order to administer the Federal Voting Rights Act. To find out if your State asks for this information, see item 8 in the instructions under your State. If so, put in Box 8 the choice that best describes you from the list below:

- American Indian *or* Alaskan Native
- Asian or Pacific Islander
- Black, *not of* Hispanic Origin
- Hispanic
- Multi-racial
- White, *not of* Hispanic Origin
- Other

Box 9 — Signature
Review the information in item 9 in the instructions under your State. Before you sign or make your mark, make sure that:

(1) You meet your State's requirements, and
(2) You understand **all** of Box 9.

Finally, sign your **full** name or make your mark, and print today's date in this order — Month, Day, Year.
If the applicant is unable to sign, put in **Box D** the name, address, and telephone number (optional) of the person who helped the applicant.

Voter Registration Application

Before completing this form, review the General, Application, and State specific instructions.

Are you a citizen of the United States of America? ☐ Yes ☐ No
Will you be 18 years old on or before election day? ☐ Yes ☐ No
If you checked "No" in response to either of these questions, do not complete form.
(Please see state-specific instructions for rules regarding eligibility to register prior to age 18.)

This space for office use only.

1	☐ Mr. ☐ Miss ☐ Mrs. ☐ Ms.	Last Name	First Name	Middle Name(s)	☐ Jr ☐ II ☐ Sr ☐ III ☐ IV
2	Home Address	Apt. or Lot #	City/Town	State	Zip Code
3	Address Where You Get Your Mail If Different From Above		City/Town	State	Zip Code
4	Date of Birth Month Day Year	5	Telephone Number (optional)	6	ID Number - (See item 6 in the instructions for your state)
7	Choice of Party (see item 7 in the instructions for your State)	8	Race or Ethnic Group (see item 8 in the instructions for your State)		

9 I have reviewed my state's instructions and I swear/affirm that:
- I am a United States citizen
- I meet the eligibility requirements of my state and subscribe to any oath required.
- The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry to the United States.

Please sign full name (or put mark) ▲

Date: ____ / ____ / ____
Month Day Year

If you are registering to vote for the first time: please refer to the application instructions for information on submitting copies of valid identification documents with this form.

Please fill out the sections below if they apply to you.

If this application is for a **change of name**, what was your name before you changed it?

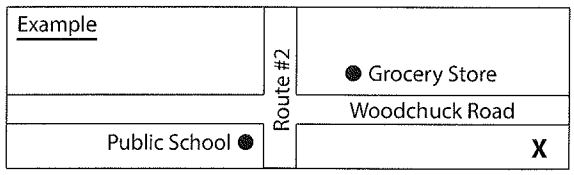
A	☐ Mr. ☐ Miss ☐ Mrs. ☐ Ms.	Last Name	First Name	Middle Name(s)	☐ Jr ☐ II ☐ Sr ☐ III ☐ IV

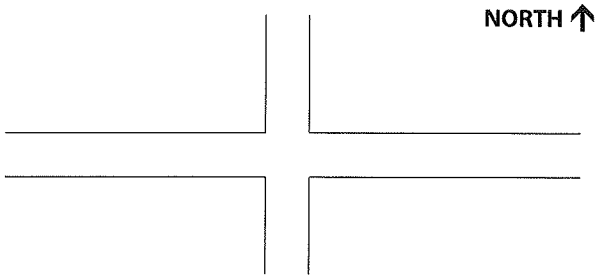
If you were **registered before but this is the first time you are registering from the address in Box 2**, what was your address where you were registered before?

B	Street (or route and box number)	Apt. or Lot #	City/Town/County	State	Zip Code

If you live in a rural area but do not have a street number, or if you have no address, please show on the map where you live.

C
- Write in the names of the crossroads (or streets) nearest to where you live.
- Draw an X to show where you live.
- Use a dot to show any schools, churches, stores, or other landmarks near where you live, and write the name of the landmark.





If the applicant is unable to sign, who helped the applicant fill out this application? Give name, address and phone number (phone number optional).

D

Mail this application to the address provided for your State.

FOR OFFICIAL USE ONLY

FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING

Print Application

7. Choice of Party. If you are registered in a political party which has qualified for ballot recognition, you will be permitted to vote the primary election ballot for that party. If you are registered as an independent, no party preference or as a member of a party which is not qualified for ballot recognition, you may select and vote one primary election ballot for one of the recognized political parties.
8. Race or Ethnic Group. Leave blank.
9. Signature. To register in Arizona you must:
• be a citizen of the United States
• be a resident of Arizona and your county at least 29 days preceding the next election
• be 18 years old on or before the next general election
• not have been convicted of treason or a felony (or have had your civil rights restored)
• not currently be declared an incapacitated person by a court of law

Mailing address:
Secretary of State/Elections
1700 W. Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007-2888

Arkansas

Updated: 03-01-2006

Registration Deadline — 30 days before the election.

6. ID Number. Your completed voter registration form must contain your state issued driver's license number or nonoperating identification number. If you do not have a driver's license or nonoperating identification, you must include the last four digits of your social security number. If you do not have a driver's license or a nonoperating identification or a social security number, please write "NONE" on the form. A unique identifying number will be assigned by the State.
7. Choice of Party. Optional. You do not have to register with a party if you want to take part in that party's primary election, caucus, or convention.
8. Race or Ethnic Group. Leave blank.
9. Signature. To register in Arkansas you must:
• be a citizen of the United States
• live in Arkansas at the address in Box 2 on the application
• be at least 18 years old before the next election
• not be a convicted felon (or have completely discharged your sentence or been pardoned)
• not claim the right to vote in any other jurisdiction
• not previously be adjudged mentally incompetent by a court of competent jurisdiction

Mailing address:
Secretary of State
Voter Services
P.O. Box 8111
Little Rock, AR 72203-8111

California

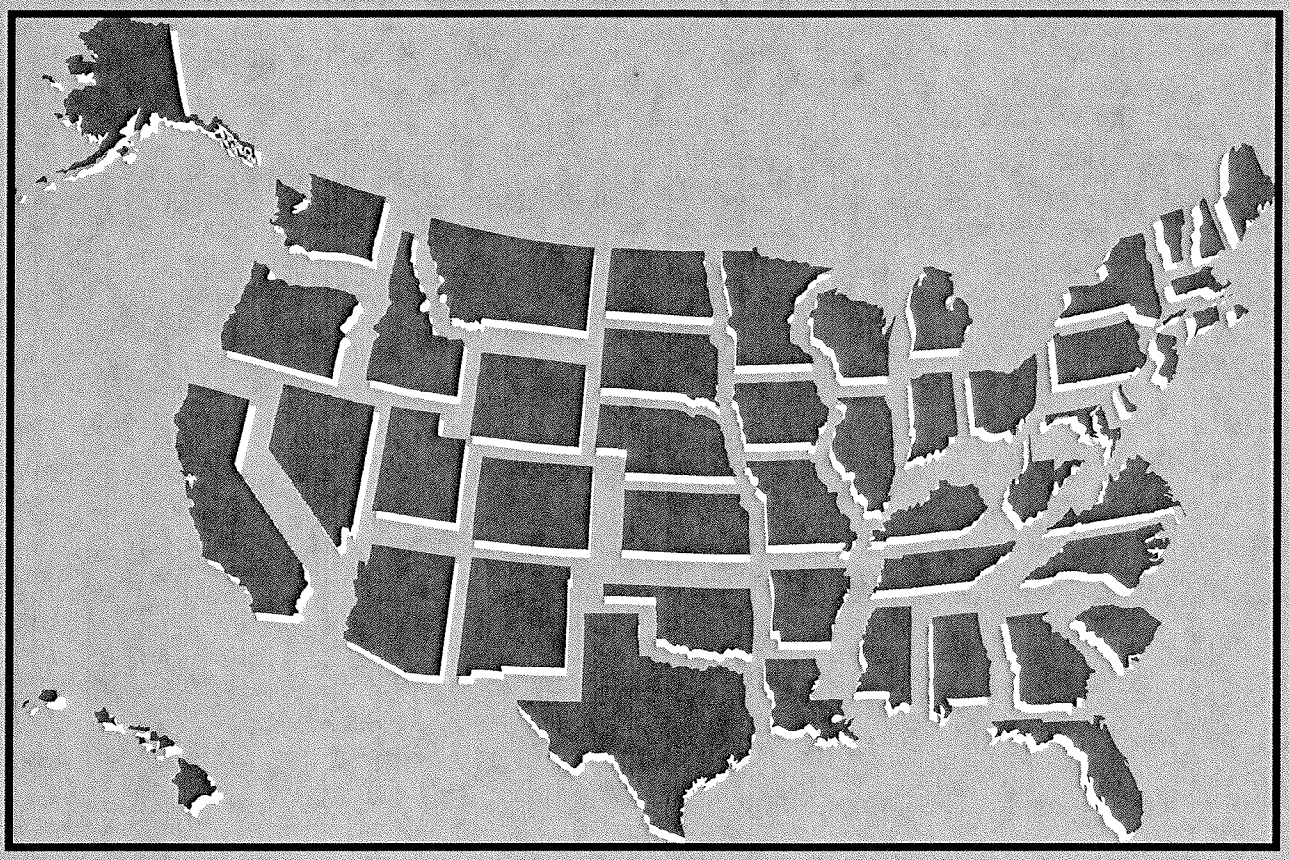
Updated: 03-01-2006

Registration Deadline — 15 days before the election.

6. ID Number. When you register to vote, you must provide your California driver's license or California identification card number, if you have one. If you do not have a driver's license or ID card, you must provide the last four digits of your Social Security Number (SSN). If you do not include this information, you will be required to provide identification when you vote.
7. Choice of Party. Please enter the name of the political party with which you wish to register. If you do not wish to register with any party, enter "Decline to State" in the space provided.
California law allows voters who "decline to state" an affiliation with a qualified political party or who affiliate with a nonqualified political party to vote in the primary election of any qualified political party that files a notice with the Secretary of State allowing them to do so. You can call 1-800-345-VOTE or visit www.sos.ca.gov to learn which political parties are allowing nonaffiliated voters to participate in their primary election.
8. Race or Ethnic Group. Leave blank.
9. Signature. To register in California you must:
• be a citizen of the United States
• be a resident of California
• be at least 18 years of age at the time of the next election
• not be imprisoned or on parole for the conviction of a felony
• not currently be judged mentally incompetent by a court of law
Signature is required. If you meet the requirements listed above, please sign and date the registration card in the space provided.

Mailing address:
Secretary of State
Elections Division
1500 11th Street
Sacramento, CA 95814

Ghi danh Bỏ phiếu tại Tiểu bang của quý vị bằng cách sử dụng Cẩm nang Hướng dẫn và Mẫu đơn dạng Bưu thiệp này



Dành cho các Công dân Hoa Kỳ

Các Hướng dẫn Tổng quát

Ai Có thể Sử dụng Đơn này
Nếu quý vị là công dân Hoa Kỳ đang định cư hoặc có địa chỉ cư ngụ tại Hoa Kỳ, quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trong cẩm nang này để:

- Ghi danh bỏ phiếu tại Tiểu bang nơi quý vị đang sống
- Báo cáo thay đổi tên họ với phòng ghi danh bỏ phiếu,
- Báo cáo thay đổi địa chỉ với phòng ghi danh bỏ phiếu, hoặc
- Đăng ký với một đảng chính trị.

Các trường hợp ngoại lệ
Xin đừng sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị sống ngoài phạm vi và lãnh thổ Hoa Kỳ hoặc không có địa chỉ thường trú (hợp pháp) tại quốc gia này, hoặc quý vị đang phục vụ nghĩa vụ quân sự xa nhà. Vui lòng sử dụng Đơn xin dạng Bưu thiệp Liên bang (FPCA) có sẵn tại căn cứ quân sự, các Đại sứ quán Mỹ hoặc các tòa lãnh sự.

Các thư ký thành phố và thị trấn của Tiểu bang **New Hampshire** sẽ tiếp nhận đơn này chỉ như là một yêu cầu để xin cấp mẫu đơn ghi danh qua thư dành cho cử tri khiếm diện.
Tiểu bang **North Dakota** không có hệ thống đăng ký cử tri.
Luật pháp Tiểu bang **Wyoming** không cho phép đăng ký qua thư.

Phải Làm Thế Nào Để Biết Quý Vị Có Đủ Điều Kiện Bỏ Phiếu Tại Tiểu Bang Của Mình Hay Không
Mỗi Tiểu bang đều có luật lệ riêng về đăng ký và bỏ phiếu. Xin vui lòng kiểm tra thông tin dành cho Tiểu bang của quý vị trong phần Hướng dẫn của Tiểu bang. Theo quy định của mọi Tiểu bang quý vị phải là một công dân gốc Hoa Kỳ hoặc nhập quốc tịch Hoa Kỳ mới được đăng ký bầu cử tại các cuộc bầu cử tiểu bang hoặc liên bang. Luật Liên bang quy định việc khai gian về quốc tịch công dân Mỹ để đăng ký bỏ phiếu tại bất kỳ một cuộc bầu cử cấp địa phương, tiểu bang hoặc liên bang nào đều là bất hợp pháp. Quý vị không thể đăng ký bỏ phiếu cùng lúc tại hơn một nơi.

Cách Điền Đơn
Để giúp quý vị điền đơn xin vui lòng tham khảo các Hướng dẫn trong Mẫu Đơn và Hướng dẫn của Tiểu bang.

- Trước tiên, hãy đọc kỹ phần Hướng dẫn của Mẫu đơn. Các hướng dẫn này sẽ cung cấp thông tin quan trọng áp dụng cho tất cả những ai sử dụng mẫu đơn này.
- Tiếp đến, xác định Tiểu bang nơi quý vị sinh sống trong phần Hướng dẫn của Tiểu bang. Sử dụng các hướng dẫn này để điền các Ô 6, 7 và 8. Đồng thời, tham khảo các hướng dẫn này để có thông tin về điều kiện cử tri và tuyên thệ để điền Ô 9.
- **XIN VUI LÒNG TRẢ LỜI BẰNG TIẾNG ANH.**

Thời điểm Ghi danh Bỏ phiếu
Mỗi Tiểu bang đều có thời hạn ghi danh bỏ phiếu khác nhau. Xin vui lòng kiểm tra thông tin về thời hạn ghi danh cho Tiểu bang của quý vị ở trang cuối của cẩm nang này.

Cách Nộp Đơn Bỏ Phiếu
Gửi mẫu đơn của quý vị tới địa chỉ được ấn định trong phần Hướng dẫn của Tiểu bang. Hoặc trực tiếp nộp đơn tại phòng ghi danh cử tri địa phương. Theo quy định các Tiểu bang nào bắt buộc phải tiếp nhận mẫu đơn quốc gia sẽ phải tiếp nhận các bản sao của mẫu đơn được in trên cỡ giấy bình thường từ máy vi tính, có chữ ký của người đứng đơn, và được gửi qua đường bưu điện trong phong bì có đủ bưu phí.

Ghi Danh Bỏ Phiếu Qua Thư Đối Với Các Cử Tri Tham Gia Bỏ Phiếu Lần Đầu
Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu lần đầu tiên trong khu vực có thẩm quyền pháp lý của mình và nộp đơn ghi danh cử tri này bằng thư, luật Liên Bang, đòi hỏi quý vị phải trình giấy tờ chứng minh danh tính khi bỏ phiếu lần đầu tiên. Giấy tờ chứng minh danh tính bao gồm:

- Một căn cước hiện hành có hình ảnh và có hiệu lực; HOẶC
- Một hóa đơn hiện hành thuộc các công ty tiện ích (điện, ga, nước) , bảng kết toán của ngân hàng, chi phiếu chính phủ, chi phiếu lương, hay các văn kiện của chính phủ có ghi tên và địa chỉ của quý vị.

Các cử tri có thể được miễn quy định này nếu họ nộp **BẢN SAO** của các giấy tờ chứng minh danh tính kèm theo mẫu đơn ghi danh cử tri qua thư. Nếu quý vị muốn nộp **BẢN SAO**, xin lưu ý các điều sau đây:

- Tiểu bang nơi quý vị sinh sống có thể có các yêu cầu bổ túc thêm về giấy tờ xác minh danh tính, và yêu cầu quý vị phải trình căn cước tại địa điểm bỏ phiếu cho dù quý vị đã đáp ứng các yêu cầu xác minh danh tính của Liên bang.
- Đừng nộp các giấy tờ gốc kèm theo đơn này, chỉ nộp **BẢN SAO** mà thôi.

Nếu Quý Vị Nhận Mẫu Đơn Này Tại Một Cơ Quan Của Tiểu Bang Hoặc Văn Phòng Chính phủ
Nếu Quý vị nhận mẫu đơn này tại một Cơ quan Chính quyền Tiểu bang hoặc Văn phòng Chính phủ, quý vị được tùy ý sử dụng đơn này. Nếu quý vị muốn sử dụng đơn để ghi danh bỏ phiếu, quý vị có thể hoàn tất đơn và để lại với Cơ quan Chính quyền Tiểu bang hoặc Văn phòng Chính phủ đó. Họ sẽ nộp đơn cho quý vị. Hoặc quý vị có thể gửi trực tiếp tới địa chỉ được ấn định theo Tiểu bang nơi quý vị sinh sống trong phần Hướng dẫn của Tiểu bang. Ngoài ra, quý vị cũng có thể trực tiếp mang đến phòng ghi danh cử tri địa phương.
Lưu ý: Tên và địa điểm của Cơ quan Chính quyền Tiểu bang hoặc văn phòng chính phủ nơi quý vị nhận được đơn xin đăng ký sẽ được giữ kín đáo. Thông tin này sẽ không hiện trên đơn xin đăng ký của quý vị. Ngoài ra, nếu quý vị không sử dụng đơn xin đăng ký này để ghi danh cử tri, thì việc đó cũng sẽ được giữ kín đáo. Quyết định này sẽ không ảnh hưởng tới dịch vụ mà quý vị nhận được từ cơ quan hoặc văn phòng nói trên.

Hướng dẫn Điền Đơn

Trước khi điền mẫu đơn, xin trả lời các câu hỏi ở phần trên của mẫu đơn để xác nhận quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hay không và quý vị đã đủ 18 tuổi trước Ngày Bầu cử hay chưa. Nếu quý vị trả lời không đối với bất kỳ câu hỏi nào trong hai câu hỏi đó, quý vị sẽ không được phép sử dụng mẫu đơn này để ghi danh bỏ phiếu. Tuy nhiên, các hướng dẫn riêng của tiểu bang có thể cung cấp các thông tin thêm về điều kiện ghi danh bỏ phiếu trước 18 tuổi.

Ô 01 — Tên
Trong ô này hãy điền trọn tên họ của quý vị theo thứ tự như sau - tên Họ, tên Gọi, tên Đệm. Đừng dùng các tên bí danh hoặc tên viết tắt.
Lưu ý: Nếu dùng đơn này để thay đổi tên, vui lòng ghi rõ trong **Ô A** *(ở phần dưới của mẫu đơn)* trọn tên họ của quý vị trước khi quý vị thay đổi tên mới.

Ô 02 — Địa chỉ Cư ngụ
Trong ô này hãy điền địa chỉ cư ngụ của quý vị (địa chỉ hợp pháp). Đừng ghi địa chỉ nhận thư ở đây nếu khác với địa chỉ cư ngụ của quý vị. Đừng sử dụng địa chỉ hộp thư của bưu điện hoặc tuyến đường giao thư tại khu vực nông thôn mà không có số hiệu hộp thư. Tham khảo các hướng dẫn riêng của tiểu bang về nguyên tắc sử dụng số hiệu hộp thư cho các tuyến đường giao thư.

Lưu ý: Lưu ý: Nếu trước đây quý vị đã từng đăng ký bỏ phiếu nhưng đây là lần đầu tiên quý vị đăng ký từ địa chỉ ghi trong Ô 2, vui lòng ghi vào **Ô B** (*ở phần dưới của mẫu đơn*) địa chỉ nơi quý vị đã đăng ký trước đó. Xin cung cấp tất cả các chi tiết thuộc địa chỉ trước mà quý vị có thể nhớ được.

Lưu ý: Nếu quý vị sống ở khu vực nông thôn nhưng lại không có địa chỉ tên đường, hoặc nếu quý vị không có địa chỉ, xin cho biết nơi cư ngụ của quý vị bằng cách mô tả trên bản đồ ở trong **Ô C** *(phần cuối của mẫu đơn).*

Ô 03 — Địa chỉ Nhận thư
Nếu quý vị nhận thư tại một địa chỉ khác với địa chỉ trong Ô 2, xin ghi rõ địa chỉ nhận thư vào trong Ô này. Nếu trong Ô 2 quý vị không ghi địa chỉ thì, trong Ô 3 quý vị phải ghi một địa chỉ để liên lạc bằng thư.

Ô 04 — Ngày sinh
Điền vào ô này ngày tháng năm sinh của quý vị theo thứ tự như sau- Tháng, Ngày, Năm. *Lưu ý đừng sử dụng ngày tháng hôm nay!*

Ô 05 — Số Điện thoại
Đa số các tiểu bang đều yêu cầu quý vị cung cấp số điện thoại để phòng trường hợp có thắc mắc nào liên quan đến đơn xin của quý vị. Tuy nhiên, quý vị không cần phải điền vào ô này.

Ô 06 — Số Căn cước
Luật Liên bang yêu cầu các tiểu bang phải lấy số căn cước của mỗi người đăng ký bỏ phiếu. Quý vị phải tham khảo các hướng dẫn riêng thể của từng tiểu bang, đối với Ô 06, để biết xem loại căn cước nào là hợp lệ đối với tiểu bang của quý vị. Nếu quý vị không có bằng lái xe hay số an sinh xã hội, vui lòng ghi rõ điều này trong đơn và Chính quyền Tiểu bang sẽ cấp một mã số nhận diện riêng cho quý vị.

Ô 07 — Chọn Chính Đảng
Ở một số Tiểu bang, quý vị phải đăng ký với một chính đảng nếu quý vị muốn tham gia cuộc bầu cử sơ bộ, họp kín hoặc hội nghị của đảng đó. Để xác định xem Tiểu bang của quý vị có quy định này hay không, xin tham khảo mục 07 trong phần hướng dẫn của Tiểu bang nơi quý vị sinh sống.

Nếu quý vị muốn đăng ký theo một chính đảng, hãy điền vào ô trống trọn tên của chính đảng mà quý vị đã chọn.

Nếu quý vị không muốn đăng ký theo một chính đảng, hãy viết "không chọn đảng" hoặc để ô trống. Đừng viết "độc lập" nếu quý vị có ý "không chọn đảng" vì từ này sẽ gây nhầm lẫn với tên của một đảng chính trị tại tiểu bang của quý vị .
Lưu ý: Nếu không đăng ký theo một chính đảng, quý vị vẫn có thể bầu cử trong các cuộc tổng tuyển cử và bầu cử sơ bộ không theo chính đảng.

Ô 08 — Chủng tộc hoặc Sắc tộc
Một số Tiểu bang sẽ yêu cầu thông tin về chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị để thực thi Đạo Luật về Quyền Bỏ phiếu Liên bang. Để xác định xem Tiểu bang của quý vị có yêu cầu thông tin này không, xin tham khảo mục 08 trong phần hướng dẫn của Tiểu Bang nơi quý vị sinh sống. Nếu có, xin ghi thông tin nào hợp nhất để mô tả chủng tộc của quý vị vào Ô 08:

- Thổ dân Châu Mỹ hoặc Gốc Alaska
- Gốc Châu Á hoặc Gốc Đảo Thái Bình Dương
- Người da đen không thuộc gốc Nam Mỹ
- Người Nam Mỹ
- Người đa chủng tộc
- Người da trắng không thuộc gốc Nam Mỹ
- Khác

Ô 09 — Chữ ký
Vui lòng xem phần thông tin trong mục 09 ở phần hướng dẫn của Tiểu bang nơi quý vị sinh sống. Trước khi ký tên hoặc đánh dấu, hãy chắc chắn rằng:

(1) Quý vị đã đáp ứng mọi yêu cầu của Tiểu bang, và
(2) Quý vị hiểu rõ tất cả nội dung trong Ô 09.

Cuối cùng, hãy ký rõ trọn tên hoặc đánh dấu xác nhận, và ghi rõ ngày tháng hiện tại theo thứ tự như sau- Tháng, Ngày, Năm. Nếu người đứng đơn không thể ký tên, hãy ghi vào **Ô D** tên họ, địa chỉ và số điện thoại (tùy ý) của người đã trợ giúp điền đơn.

Voter Registration Application/Đơn Xin Ghi Danh Bỏ Phiếu

Before completing this form, review the General, Application, and State specific instructions.
Trước khi hoàn tất mẫu đơn này, xin xem lại các Hướng dẫn Tổng Quát, Hướng dẫn Điền đơn và Hướng dẫn riêng của Tiểu bang.
PLEASE PROVIDE YOUR RESPONSES IN ENGLISH. / XIN VUI LÒNG TRẢ LỜI BẰNG TIẾNG ANH.

Are you a citizen of the United States of America? / Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hay không? [ ]

Will you be 18 years old on or before election day? / Quý vị có đủ 18 tuổi trước hoặc vào ngày bầu cử hay không? [ ]

If you check "No" in response to either of these questions, do not complete form.
Nếu quý vị trả lời "Không" đối với một trong hai câu hỏi này, xin đừng tiếp tục điền mẫu đơn nữa.
(Please see state-specific instructions for rules regarding eligibility to register prior to age 18.)
(Vui lòng xem các hướng dẫn riêng của tiểu bang về quy định hội điều kiện ghi danh trước 18 tuổi).

This space for office use only. / Phần này chỉ dành cho văn phòng bầu cử.

1		Last Name / Tên họ	First Name / Tên gọi	Middle Name(s) / Tên đệm	
2	Home Address / Địa chỉ cư ngụ		Apt. or Lot # / Apt. hoặc Lot #	City/Town / Thành phố/Thị trấn	State / Tiểu bang	Zip Code / Số Zip Code
3	Address Where You Get Your Mail If Different From Above / Địa chỉ Nhận Thư nếu khác với Địa chỉ ở Trên			City/Town / Thành phố/Thị trấn	State / Tiểu bang	Zip Code / Số Zip Code

4	Date of Birth/ Ngày sinh / / Month / Tháng Day / Ngày Year / Năm	5	Telephone Number (optional) / Số Điện thoại (tùy ý)	6	ID Number (See Item 6 in the instructions for your state) / Số Căn cước (Xem mục 06 trong phần hướng dẫn dành cho tiểu bang nơi quý vị sinh sống)
7	Choice of Party (see item 7 in the instructions for your State) / Chọn Chính Đảng (Xem mục 07 trong phần hướng dẫn dành cho tiểu bang nơi quý vị sinh sống)	8	Race or Ethnic Group (see item 8 in the instructions for your State) / Chủng tộc hoặc Sắc tộc (Xem mục 08 trong phần hướng dẫn dành cho tiểu bang nơi quý vị sinh sống)		

9 I have reviewed my state's instructions and I swear/affirm that: /
Tôi đã đọc kỹ các hướng dẫn liên quan đến tiểu bang nơi tôi sinh sống và tôi xin thề/xác nhận rằng:

- I am a United States citizen / Tôi là công dân Hoa Kỳ
- I meet the eligibility requirements of my state and subscribe to any oath required. / Tôi đáp ứng đầy đủ các yêu cầu của tiểu bang và đồng ý với bất kỳ quy định tuyên thệ nào cần thiết.
- The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry to the United States. / Các thông tin mà tôi đã cung cấp là đúng với sự thật dựa trên sự hiểu biết tốt nhất của tôi chiếu theo luật và hình phạt khai gian. Nếu tôi cung cấp sai thông tin, tôi sẽ bị phạt tiền, bị tù giam, hoặc (nếu không phải là công dân Hoa Kỳ) sẽ bị trục xuất hoặc không cho phép nhập cảnh vào nước Mỹ.

Please sign full name (or put mark) / Xin ký trọn tên họ (hoặc làm dấu xác nhận) ▲

Date / Ngày: / / Month /Tháng Day / Ngày Year / Năm

If you are registering to vote for the first time: please refer to the application instructions for information on submitting copies of valid identification documents with this form.
Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu lần đầu tiên: xin vui lòng tham khảo các hướng dẫn điền đơn để biết về cách thức nộp bản sao đối với các giấy tờ chứng minh danh tính để gởi kèm theo mẫu đơn này cho hợp lệ.

Please fill out the sections below if they apply to you.
Xin điền các mục sau đây nếu phù hợp với quý vị.

If this application is for a **change of name**, what was your name before you changed it? /Nếu đơn này dùng để thay đổi tên họ, xin cho biết tên của quý vị là gì trước khi đổi tên?

A		Last Name / Tên ho	First Name / Tên gọi	Middle Name(s) / Tên đệm	

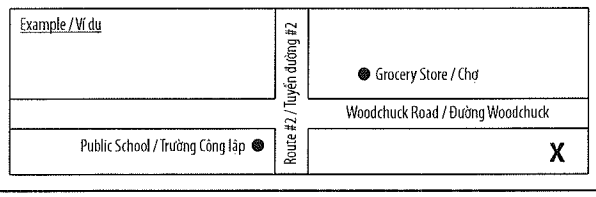
If you were **registered before but this is the first time you are registering from the address in Box 2**, what was your address where you were registered before?
Nếu quý **vị đã đăng ký từ trước nhưng đây là lần đầu tiên quý vị đăng ký từ địa chỉ ghi trong Ô 2**, thì xin cho biết địa chỉ mà quý vị đã đăng ký trước đó là gì?

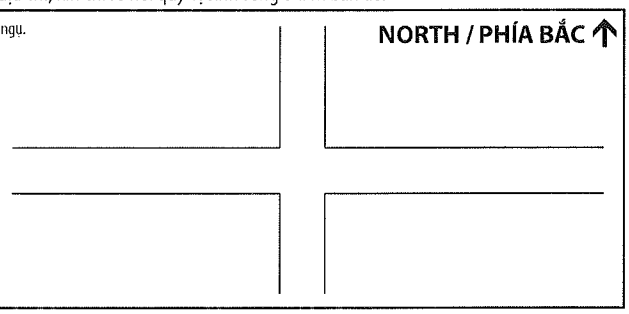
B	Street (or route and box number) / Tên Đường (hoặc số hiệu hộp thư hoặc số tuyến đường giao thư)	Apt. or Lot # / Apt. hoặc Lot #	City/Town/County / Thành phố/Thị trấn/Quận	State / Tiểu bang	Zip Code / Số Zip Code

If you live in a rural area but do not have a street number, or if you have no address, please show on the map where you live.
Nếu quý vị sống ở khu vực nông thôn nhưng lại không có địa chỉ tên đường, hoặc nếu quý vị không có địa chỉ, xin chỉ rõ nơi quý vị sinh sống ở trên bản đồ.

C

- Write in the names of the crossroads (or streets) nearest to where you live. / Ghi rõ tên các giao lộ (hoặc đường gần nhất nơi quý vị cư ngụ.
- Draw an X to show where you live. / Đánh dấu X để chỉ rõ nơi quý vị cư ngụ.
- Use a dot to show any schools, churches, stores, or other landmarks near where you live, and write the name of the landmark. / Sử dụng chấm nhỏ để biểu thị trường học, nhà thờ, cửa hàng hoặc các điểm mốc định hướng khác gần nơi quý vị cư ngụ và ghi rõ tên của điểm mốc định hướng đó.





If the applicant is unable to sign, who helped the applicant fill out this application? Give name, address and phone number (phone number optional).
Trong trường hợp người đứng đơn không thể ký tên, xin cho biết ai là người đã giúp điền đơn này? Ghi rõ tên, địa chỉ và số điện thoại (số điện thoại không bắt buộc).

D

Mail this application to the address provided for your State.
Gửi đơn đăng ký này tới địa chỉ được ấn định ở Tiểu bang nơi quý vị đang sinh sống.

Sửa đổi ngày 10/29/2003

FOR OFFICIAL USE ONLY CHỈ DÀNH CHO VIÊN CHỨC PHỤ TRÁCH BỎ PHIẾU

FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING

Print Application

cấp cho quý vị một mã số nhận diện riêng để ghi danh bầu cử.

7. Chọn Chính Đảng. Nếu quý vị đã đăng ký theo một chính đảng được công nhận hội đủ điều kiện bỏ phiếu, quý vị sẽ được phép bỏ phiếu trong cuộc bầu cử sơ bộ của chính đảng đó. Nếu quý vị đăng ký dưới dạng độc lập, hoặc không thiên về đảng nào hoặc đăng ký là thành viên của đảng không đủ tiêu chuẩn được công nhận bỏ phiếu, quý vị có thể lựa chọn và bỏ phiếu cho một lá phiếu bầu cử sơ bộ của một trong các chính đảng khác đã được công nhận.

8. Chủng tộc hoặc Sắc tộc. Bỏ trống

9. Chữ ký. Để ghi danh tại Arizona, quý vị phải:

- là công dân Hoa Kỳ
- là cư trú nhân ở Arizona và cư ngụ tại quận hạt của mình ít nhất là 29 ngày trước cuộc bầu cử kế tiếp
- đủ 18 tuổi trước hoặc vào ngày diễn ra cuộc tổng tuyển cử kế tiếp
- chưa từng bị kết án về tội phản quốc hoặc trọng tội (hoặc đã được phục hồi các dân quyền và chính trị)
- hiện không bị tòa tuyên là người mất khả năng

Địa chỉ gửi thư:

Secretary of State/Elections
1700 W. Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007-2888

Arkansas

Cập nhật ngày: 03-01-2006

Thời hạn Chót để Đăng ký — 30 ngày trước ngày bầu cử.

6. Số Căn cước. Khi hoàn tất mẫu đơn ghi danh cử tri quý vị phải kèm theo số bằng lái xe hoặc số thẻ căn cước khác được cấp tại tiểu bang nơi quý vị sinh sống . Nếu không có Bằng Lái xe hoặc Số Thẻ Căn cước khác, quý vị phải cung cấp bốn số cuối trong số An sinh Xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có bằng lái xe hoặc thẻ căn cước khác hoặc số an sinh xã hội, xin viết "KHÔNG" vào mẫu đơn. Chính quyền Tiểu bang sẽ cấp cho quý vị một mã số nhận diện riêng để ghi danh bầu cử.

7. Lựa chọn Chính Đảng. Tùy ý. Quý vị không cần phải đăng ký theo một chính đảng nếu muốn tham gia cuộc bầu cử sơ bộ, họp kín hoặc hội nghị của đảng đó.

8. Chủng tộc hoặc Sắc tộc. Bỏ trống

9. Chữ ký. Để ghi danh tại Arkansas, quý vị phải:

- là công dân Hoa Kỳ
- cư ngụ tại Arkansas theo đúng địa chỉ ghi trong Ô 02 của đơn xin đăng ký
- đủ 18 tuổi trước cuộc bầu cử kế tiếp
- không phải là phạm nhân trọng tội (hoặc đã hoàn tất bản án hoặc đã được xóa tội)
- không đòi quyền bỏ phiếu tại khu vực thẩm quyền pháp lý nào khác
- chưa từng bị một tòa án có thẩm quyền tuyên là người kém khả năng trí tuệ

Địa chỉ gửi thư:

Secretary of State
Voter Services
P.O. Box 8111
Little Rock, AR 72203-8111

California

Cập nhật ngày: 03-01-2006

Thời hạn Chót để Đăng ký — 15 ngày trước ngày bầu cử.

6. Số Căn cước. Khi ghi danh bầu cử, quý vị phải cung cấp số bằng lái xe California hoặc số thẻ căn cước California, nếu có. Nếu không có Bằng Lái xe hoặc Số Thẻ Căn cước, quý vị phải cung cấp bốn số cuối trong số An sinh Xã hội của quý vị (SSN). Nếu không cung cấp thông tin này trước, vào lúc ghi danh, thì quý vị phải trình căn cước khi đi bỏ phiếu.

7. Chọn Chính Đảng. Xin vui lòng ghi tên chính đảng mà quý vị muốn đăng ký theo. Nếu không muốn đăng ký theo bất cứ đảng nào, vui lòng ghi "Từ chối Tuyên bố" vào ô sẵn có. Luật Tiểu bang California cho phép các cử tri nào "từ chối tuyên bố" sự liên kết với một chính đảng đã đủ điều kiện hoặc liên kết với một chính đảng chưa đủ điều kiện được phép bầu cử trong phiên bầu cử sơ bộ của bất cứ chính đảng nào đã đủ điều kiện nếu đảng đó đã trình thông báo và có sự đồng ý của Tổng trưởng Bang cho phép đảng đó được tham gia bầu cử. Quý vị có thể gọi số 1-800-345-VOTE hoặc vào trang web www.ss.ca.gov để biết các chính đảng nào cho phép cử tri không liên kết được phép tham gia bầu cử sơ bộ.

8. Chủng tộc hoặc Sắc tộc. Bỏ trống

9. Chữ ký. Để ghi danh tại California, quý vị phải:

- là công dân Hoa Kỳ
- là cư trú nhân của Tiểu bang California
- đủ 18 tuổi vào thời điểm diễn ra cuộc bầu cử kế tiếp
- không bị tù giam hoặc đã được tạm phóng thích sau khi phạm trọng tội
- hiện không bị tòa án có thẩm quyền tuyên là người kém khả năng trí tuệ

Bắt buộc phải có chữ ký xác nhận. Nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu trên đây, vui lòng ký tên và đề ngày trên thẻ đăng ký trong phần ô trống sẵn có.

Các Hướng dẫn Riêng của Tiểu bang

Địa chỉ gửi thư:
Secretary of State
Elections Division
1500 11th Street
Sacramento, CA 95814

Colorado

Cập nhật ngày: 03-28-2008

Thời hạn Chót để Đăng ký — 29 ngày trước ngày bầu cử. Nếu văn phòng ghi danh cử tri nhận đơn đăng ký qua thư nhưng không có dấu đóng của bưu điện, thì đơn đăng ký đó phải được nhận trong vòng 05 ngày kể từ ngày kết thúc thời hạn đăng ký.

6. Số Căn cước. Khi hoàn tất mẫu đơn ghi danh cử tri quý vị phải kèm theo số bằng lái xe được cấp tại Tiểu bang nơi quý vị sinh sống hoặc số thẻ căn cước. Nếu không có Bằng Lái xe hoặc Số Thẻ Căn cước của Tiểu bang, quý vị phải cung cấp bốn số cuối trong số An sinh Xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có bằng lái xe hoặc thẻ căn cước do Tiểu bang cấp hoặc số an sinh xã hội, xin viết "KHÔNG" vào mẫu đơn. Chính quyền Tiểu bang sẽ cấp cho quý vị một mã số nhận diện riêng để ghi danh bầu cử.

7. Chọn Chính Đảng. Quý vị phải đăng ký theo một chính đảng nếu muốn tham gia cuộc bầu cử sơ bộ, họp kín hoặc hội nghị của đảng đó.

8. Chủng tộc hoặc Sắc tộc. Bỏ trống

9. Chữ ký. Để ghi danh tại Colorado, quý vị phải:

- là công dân Hoa Kỳ
- là cư trú nhân của Tiểu bang Colorado trong 30 ngày trước ngày bầu cử
- đủ 18 tuổi trước hoặc trong ngày bầu cử
- không bị tù giam hoặc không thụ bất kỳ một phần của bản án nào theo lệnh tòa

Địa chỉ gửi thư:
Colorado Secretary of State
1700 Broadway, Suite 270
Denver, Colorado 80290

Connecticut

Cập nhật ngày: 03-01-2006

Thời hạn Chót để Đăng ký — 14 ngày trước ngày bầu cử.

6. Số Căn cước. Bằng Lái xe do Tiểu bang Connecticut cấp hoặc nếu không có, thì bốn số cuối trong số An sinh Xã hội.

7. Chọn Chính Đảng. Phần này là tùy ý, nhưng quý vị phải đăng ký theo một chính đảng nếu quý vị muốn tham gia cuộc bầu cử sơ bộ, họp kín hoặc hội nghị của đảng đó.

8. Chủng tộc hoặc Sắc tộc. Bỏ trống

9. Chữ ký. Để ghi danh tại Connecticut, quý vị phải:

- là công dân Hoa Kỳ
- là cư trú nhân ở Connecticut và của thị trấn nơi quý vị muốn bỏ phiếu
- đủ 17 tuổi. Quý vị có thể bỏ phiếu khi đủ tuổi 18.
- đã mãn hạn tù và mãn lệnh tạm phóng thích nếu từng phạm trọng tội và được Nhân viên Ghi danh Cử tri phục hồi quyền bầu cử.
- hiện không bị tòa có thẩm quyền tuyên là người kém khả năng trí tuệ

Địa chỉ gửi thư:
Secretary of State
Elections Division
30 Trinity Street
Hartford, CT 06106

Delaware

Cập nhật ngày: 02-07-2012

Thời hạn Chót để Đăng ký — Ngày Thứ Bảy của Tuần thứ tư trước cuộc tổng tuyển cử hoặc bầu cử sơ bộ, và 10 ngày trước cuộc bầu cử đặc biệt.

6. Số Căn cước. Khi hoàn tất mẫu ghi danh cử tri quý vị phải kèm theo số bằng lái xe hoặc số thẻ căn cước khác cấp tại tiểu bang nơi quý vị sinh sống. Nếu không có Bằng Lái xe hoặc Số Thẻ Căn cước khác, quý vị phải cung cấp bốn số cuối trong số An sinh Xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có bằng lái xe hoặc thẻ căn cước khác hoặc số an sinh xã hội, xin viết "KHÔNG" vào mẫu đơn. Chính quyền Tiểu bang sẽ cấp cho quý vị một mã số nhận diện riêng để ghi danh bầu cử.

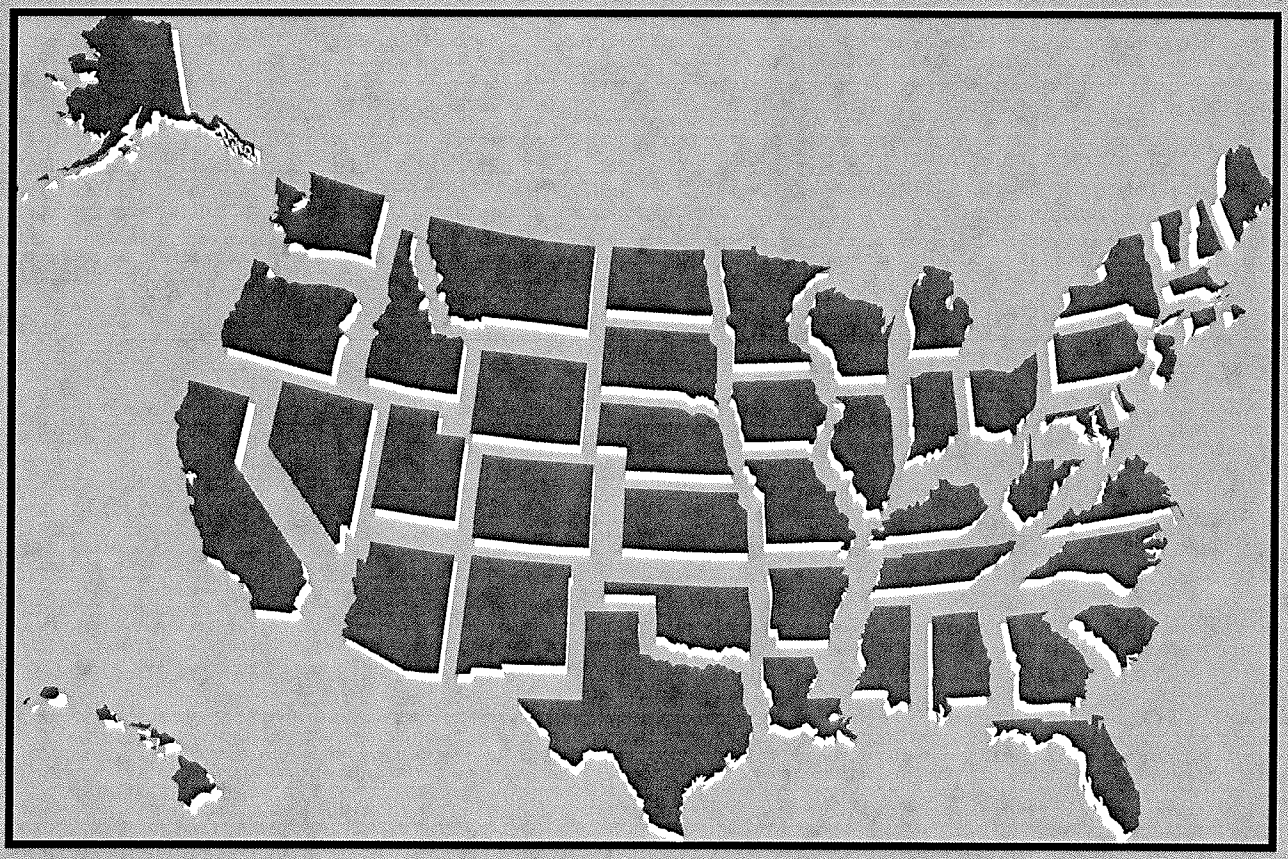
7. Chọn Chính Đảng. Quý vị phải đăng ký theo một chính đảng nếu quý vị muốn tham gia cuộc bầu cử sơ bộ, họp kín hoặc hội nghị của đảng đó.

8. Chủng tộc hoặc Sắc tộc. Bỏ trống

9. Chữ ký. Để ghi danh tại Delaware, quý vị phải:

- là công dân Hoa Kỳ
- là thường trú nhân của Delaware
- đủ tuổi 18 vào ngày diễn ra cuộc tổng tuyển cử kế tiếp
- các phạm nhân trọng tội vẫn có thể bỏ phiếu nếu đáp ứng các yêu cầu sau: đã hoàn tất các bản án và án phạt tiền ít nhất 5 năm trước ngày ghi danh bỏ phiếu; các bản án không thuộc các trọng tội như giết người, xâm hại tình dục, các tội danh thuộc ngành công chính như hối lộ, lạm dụng quyền lực hoặc chức vụ.
- không bị kém khả năng trí tuệ

Inscríbase para votar en su estado empleando esta guía y solicitud de inscripción



Para ciudadanos de Estados Unidos

Instrucciones Generales

Quienes pueden usar esta solicitud
Si usted es ciudadano de Estados Unidos que vive o tiene una dirección en Estados Unidos, puede usar la solicitud en este folleto para:

- inscribirse para votar en su estado,
- informar un cambio de nombre a la oficina de inscripción de votantes,
- informar un cambio de dirección a la oficina de inscripción de votantes, o
- inscribirse en un partido político.

Excepciones
No use esta solicitud si vive fuera de Estados Unidos y sus territorios y no tiene un domicilio (legal) en este país o si está en servicio militar estacionado fuera de su hogar. Use la solicitud federal de tarjeta postal disponible en las bases militares, las embajadas y los consulados de Estados Unidos.

Los secretarios municipales de **New Hampshire** aceptan esta solicitud sólo como pedido de su propio formulario de inscripción de votante ausente por correo.
Dakota del Norte no tiene inscripción de votantes.
En **Wyoming** la ley no permite la inscripción de votantes por correo.

Como averiguar si cumple con los requisitos para inscribirse como votante en su estado
Cada estado tiene sus propias leyes sobre quienes pueden inscribirse y votar. Consulte la información correspondiente a su estado en la sección de Instrucciones de los Estados. Todos los estados requieren que usted sea ciudadano de Estados Unidos de nacimiento o naturalizado para inscribirse para votar en las elecciones federales y estatales. La ley federal hace que sea ilegal que una persona indique falsamente que es ciudadana de Estados Unidos para inscribirse para votar en cualquier elección federal, estatal o local. **No puede** estar inscrito para votar en más de un lugar a la vez.

Como llenar esta solicitud
Use las Instrucciones de la Solicitud y las Instrucciones de su Estado como guía para llenar la solicitud.

- Primero lea las Instrucciones de la Solicitud. Esas instrucciones le proporcionan información importante correspondiente a todos los que usan esta solicitud.
- Después encuentre su estado en las Instrucciones de los Estados. Use esas instrucciones para llenar las Casillas 6, 7 y 8. También consulte esas instrucciones para información sobre los requisitos para votar y el juramento requerido en la Casilla 9.
- **PROPORCIONE SUS RESPUESTAS EN INGLÉS.**

Cuando tiene que inscribirse para votar
Cada estado tiene su propia fecha límite para inscribirse para votar. Consulte la fecha límite de su estado en la última página de este folleto.

Como presentar su solicitud
Envíe su solicitud por correo a la dirección indicada para su estado en las Instrucciones de los Estados o entregue la solicitud en persona en la oficina local de inscripción de votantes. Los estados que aceptan el formulario nacional aceptarán una copia de la solicitud impresa de la imagen de la computadora en papel normal, firmada por el solicitante y enviada en un sobre con el franqueo correcto.

Votantes por primera vez que se inscriben por correo
Si se está inscribiendo para votar por primera vez en su jurisdicción y está enviando esta solicitud de inscripción por correo, usted tendrá por ley federal que presentar prueba de identificación la primera vez que vote. Modos de identificación aprobados incluyen:

- Una identificación con foto válida y vigente, o
- Una factura actual de suministro de energía, estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de sueldo o documento que muestre su nombre y dirección.

Los votantes pueden ser exentos de este requisito si envían una **COPIA** de uno de los modos aprobados de identificación junto con su solicitud de inscripción por correo. Si desea enviar una **COPIA** mantenga en mente lo siguiente:

- Su estado puede tener requisitos adicionales de identificación que pueden poner bajo mandato que usted muestre identificación en las mesas electorales incluso si usted cumple con la prueba federal de identificación.
- No envíe el documento original de identificación con esta solicitud, solo envíe **COPIAS**.

Si le entregaron esta solicitud en una entidad de su estado o en una oficina pública
Si le entregaron esta solicitud en una entidad de su estado o en una oficina pública, es su opción usarla o no. Si decide usar esta solicitud para inscribirse para votar, puede llenarla y dejarla en la entidad u oficina pública estatal. El personal de la misma se encargará de tramitarla.
O, si lo desea, la puede enviar a la dirección postal que figura bajo su estado en las Instrucciones de los Estados. También, la puede entregar en persona a la oficina local de inscripción de votantes.
Nota: El nombre y la ubicación de la entidad local o de la oficina pública en que le entregaron la solicitud permanecerá confidencial. No aparecerá en su solicitud. Además, si decide no usar esta solicitud para inscribirse para votar, esa decisión permanecerá confidencial. No afectará el servicio que recibe de la entidad u oficina.

Instrucciones para llenar la solicitud

Antes de llenar la parte principal del formulario, conteste las preguntas en la parte de arriba del formulario para indicar si es ciudadano de Estados Unidos y si habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones. Si contesta "no" a alguna de estas preguntas, no puede usar el formulario para inscribirse para votar. Sin embargo, las instrucciones específicas del estado le pueden proporcionar más información sobre el cumplimiento de los requisitos para votar antes de cumplir 18 años de edad.

Casilla 1 – Nombre
Escriba su nombre en esta casilla en el siguiente orden: apellido, primer nombre, segundo nombre. No use apodos ni iniciales.
Nota: Si esta solicitud es para un cambio de nombre, escriba lo que fue su nombre completo antes de cambiarlo en la **Casilla A** (*en la mitad inferior del formulario*).

Casilla 2 – Domicilio particular
Escriba la dirección donde vive (su dirección legal) en esta casilla. **No** ponga aquí su dirección postal si no es la misma que su dirección particular. **No** use una casilla de correo o una ruta rural sin un número de casilla. Consulte las instrucciones específicas de su estado para las reglas correspondientes a los números de rutas.

Nota: Si estuvo inscrito para votar anteriormente pero esta es la primera vez que se inscribe para la dirección en la Casilla 2, indique la dirección en que estaba inscrito anteriormente en la **Casilla B** (*en la mitad inferior del formulario*). Dénos todo lo que pueda recordar de la dirección anterior.

Nota adicional: Si vive en una zona rural y no tiene una dirección con calle y número o si no tiene dirección, muestre donde vive usando el mapa en la **Casilla C** (*en la parte inferior del formulario*).

Casilla 3 – Dirección postal
Si recibe su correo en un lugar que no es el mismo de la Casilla 2, ponga su dirección postal en esta casilla. Si no tiene dirección en la Casilla 2, **tiene** que escribir en la Casilla 3 una dirección en la que se lo pueda contactar por correo.

Casilla 4 – Fecha de nacimiento
Ponga en esta casilla su fecha de nacimiento en este orden: mes, día año. *¡Tenga cuidado de no usar la fecha de hoy!*

Casilla 5 – Número de teléfono
La mayoría de los estados solicitan su número de teléfono por si tienen preguntas sobre su solicitud. Sin embargo, **no** tiene obligación de llenar esta casilla.

Casilla 6 – Número de identificación
La ley federal requiere que los estados obtengan un número de identificación de todos los que se inscriben para votar. Consulte las instrucciones específicas de su estado para el número 6 sobre qué número es aceptable en su estado. Si no tiene ni licencia de manejar ni número de Seguro Social, indíquelo en este formulario y su estado le asignará un número.

Casilla 7 – Selección de partido político
En algunos estados se tiene que inscribir en un partido político si desea participar en las elecciones primarias, en la asamblea local (caucus) o en la convención de ese partido político. Para determinar si su estado requiere esta inscripción, vea el número 7 en las instrucciones correspondientes a su estado.

Si se quiere inscribir en un partido político, escriba en letras de molde en la casilla el nombre completo del partido que prefiere.

Si **no** desea inscribirse en un partido, escriba "no party" (ningún partido) o deje la casilla en blanco. **No** escriba la palabra "independent" (independiente) si quiere significar "no party" (ningún partido), porque se lo puede confundir con un partido político de su estado.
Nota: Si se inscribe sin indicar un partido político, aún puede votar en las elecciones generales y en las elecciones primarias no partidarias (que no son específicas de un partido político).

Casilla 8 – Raza o grupo étnico
Algunos estados le preguntan cuál es su raza o grupo étnico, para administrar la Ley Federal de Derechos del Votante. Para averiguar si su estado solicita esta información, vea el número 8 en las instrucciones correspondientes a su estado. En caso afirmativo, escriba en la Casilla 8 la opción que mejor lo describa de la lista a continuación:

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asiático o isleño del Pacífico
- Negro, *no de* origen hispano
- Hispano
- Multirracial
- Blanco, *no de* origen hispano
- Otro

Casilla 9 – Firma
Lea la información en el número 9 de las instrucciones de su estado. Antes de firmar o hacer su marca, verifique que:

(1) cumple con los requisitos de su estado y que
(2) entiende **todo** lo que dice en la Casilla 9.

Finalmente, firme su nombre **completo** o ponga su marca y escriba claramente la fecha de hoy en este orden: mes, día, año. Si el solicitante no puede firmar, ponga en la **Casilla D** el nombre completo, la dirección y el número de teléfono (opcional) de la persona que ayudó al solicitante.

Solicitud de Inscripción de Votante

Before completing this form, review the General, Application, and State specific instructions.
Antes de llenar este formulario, vea las instrucciones generales, las instrucciones para llenar esta solicitud, y las instrucciones específicas de su estado.
PLEASE PROVIDE YOUR RESPONSES IN ENGLISH. / PROPORCIONE SUS RESPUESTAS EN INGLÉS.

Are you a citizen of the United States of America? / ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos de América? ☐ Will you be 18 years old on or before election day? / ¿Habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones? ☐

If you check "No" in response to either of these questions, do not complete form.
Si contestó "No" a alguna de estas preguntas, no llene el formulario.
(Please see state-specific instructions for rules regarding eligibility to register prior to age 18.)
(Vea también las instrucciones específicas de su estado sobre la posibilidad de inscribirse antes de los 18 años de edad.)

This space for office use only. / Este espacio sólo para uso de la oficina.

1		Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Name(s) / Segundo nombre	
2	Home Address / Dirección donde vive		Apt. or Lot # / Nº. de depto. o lote	City/Town / Ciudad/Localidad	State / Estado	Zip Code / Código postal
3	Address Where You Get Your Mail If Different From Above / Dirección donde recibe su correo, si es diferente a la de más arriba			City/Town / Ciudad/Localidad	State / Estado	Zip Code / Código postal

4	Date of Birth/ Fecha de nacimiento Month / Mes Day / Día Year / Año	5	Telephone Number (optional) / Número de teléfono (optativo)	6	ID Number (See Item 6 in the instructions for your state) / Número de identificación (Vea el número 6 en las instrucciones de su estado)
7	Choice of Party (see item 7 in the instructions for your State) / Selección de partido político (Vea el número 7 en las instrucciones de su estado)	8	Race or Ethnic Group (see item 8 in the instructions for your State) / Raza o grupo étnico (Vea el número 8 en las instrucciones de su estado)		

9 I have reviewed my state's instructions and I swear/affirm that: / Leí las instrucciones de mi estado y juro/afirmo que:

- I am a United States citizen. / Soy ciudadano de Estados Unidos.
- I meet the eligibility requirements of my state and subscribe to any oath required. / Cumplo con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido.
- The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry to the United States. / La información que proporcioné es verdadera según mis mejores conocimientos, bajo pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, se me puede multar, encarcelar o (si no soy ciudadano de EE UU), deportar de o denegar entrada a Estados Unidos.

Please sign full name (or put mark) / Firme su nombre completo (o ponga su marca) ▲

Date / Fecha: ____ / ____ / ____
Month / Mes Day / Día Year / Año

If you are registering to vote for the first time: please refer to the application instructions for information on submitting copies of valid identification documents with this form.
Si se está inscribiendo para votar por primera vez: consulte las instrucciones de la solicitud para información sobre presentar copias documentos de identificación válidos con este formulario.

Please fill out the sections below if they apply to you.
Llene las secciones a continuación que correspondan a su situación.

If this application is for a **change of name**, what was your name before you changed it? / Si esta solicitud es para un **cambio de nombre**, ¿cómo se llamaba antes de cambiar de nombre?

A		Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Name(s) / Segundo nombre	

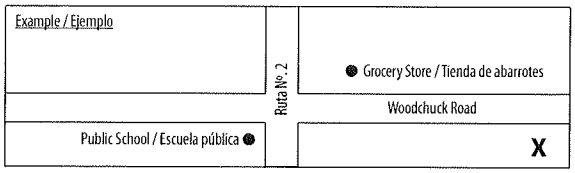
If you were **registered before but this is the first time you are registering from the address in Box 2**, what was your address where you were registered before?
Si estuvo **inscrito antes, pero esta es la primera vez que se está inscribiendo con la dirección en la Casilla 2**, ¿cuál era la dirección con que estaba inscrito antes?

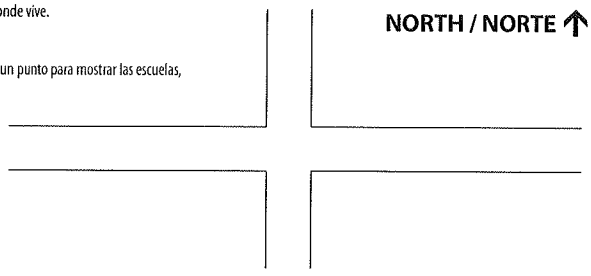
B	Street (or route and box number) / Calle (o número de ruta y casilla)	Apt. or Lot # / Nº. de depto. o lote	City/Town/County / Ciudad/Localidad/Condado	State / Estado	Zip Code / Código postal

If you live in a rural area but do not have a street number, or if you have no address, please show on the map where you live.
Si vive en una zona rural, pero no tiene un número de calle, o si no tiene dirección, muestre en el mapa dónde vive.

C

- Write in the names of the crossroads (or streets) nearest to where you live. / Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive.
- Draw an X to show where you live. / Ponga una X para mostrar el lugar en que vive.
- Use a dot to show any schools, churches, stores, or other landmarks near where you live, and write the name of the landmark. /Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia.





If the applicant is unable to sign, who helped the applicant fill out this application? Give name, address and phone number (phone number optional).
Si el solicitante no puede firmar, ¿quién ayudó al solicitante a llenar esta solicitud? Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono. (El número de teléfono es optativo).

D

Mail this application to the address provided for your State.
Envíe esta solicitud a la dirección provista por su estado.

FOR OFFICIAL USE ONLY SÓLO PARA USO OFICIAL

FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING

Print Application

Voter Registration Application/Solicitud de Inscripción de Votante

Before completing this form, review the General, Application, and State specific instructions.
Antes de llenar este formulario, vea las instrucciones generales, las instrucciones para llenar esta solicitud, y las instrucciones específicas de su estado.
PLEASE PROVIDE YOUR RESPONSES IN ENGLISH. / PROPORCIONE SUS RESPUESTAS EN INGLÉS.

Are you a citizen of the United States of America? ☐ Yes ☐ No
¿Es usted ciudadano de Estados Unidos de América? Sí No

Will you be 18 years old on or before election day? ☐ Yes ☐ No
¿Habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones? Sí No

If you check "No" in response to either of these questions, do not complete form.
Si contestó "No" a alguna de estas preguntas, no llene el formulario.
(Please see state-specific instructions for rules regarding eligibility to register prior to age 18.)
(Vea también las instrucciones específicas de su estado sobre la posibilidad de inscribirse antes de los 18 años de edad).

This space for office use only. / Este espacio sólo para uso de la oficina.

1	(Circle one) / (Marque uno con un círculo) Mr. / Sr. Mrs. / Sra. Miss / Sta. Ms. / Sra.	Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Name(s) / Segundo nombre	(Circle one) / (Marque uno con un círculo) Jr. Sr. II III IV
2	Home Address / Dirección donde vive	Apt. or Lot # / Nº. de depto. o lote	City/Town / Ciudad/Localidad	State / Estado	Zip Code / Código postal
3	Address Where You Get Your Mail If Different From Above / Dirección donde recibe su correo, si es diferente a la de más arriba		City/Town / Ciudad/Localidad	State / Estado	Zip Code / Código postal

4	Date of Birth/ Fecha de nacimiento Month / Mes Day / Día Year / Año	5	Telephone Number (optional) / Número de teléfono (optativo)	6	ID Number (See Item 6 in the instructions for your state) / Número de identificación (Vea el número 6 en las Instrucciones de su estado)
7	Choice of Party (see item 7 in the instructions for your State) / Selección de partido político (Vea el número 7 en las instrucciones de su estado)	8	Race or Ethnic Group (see item 8 in the instructions for your State) / Raza o grupo étnico (Vea el número 8 en las instrucciones de su estado)		

9 I have reviewed my state's instructions and I swear/affirm that: / Leí las instrucciones de mi estado y juro/afirmo que:
- I am a United States citizen. / Soy ciudadano de Estados Unidos.
- I meet the eligibility requirements of my state and subscribe to any oath required. / Cumplo con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido.
- The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry to the United States. / La información que proporcioné es verdadera según mis mejores conocimientos, bajo pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, se me puede multar, encarcelar o (si no soy ciudadano de EE UU), deportar de o denegar entrada a Estados Unidos.

Please sign full name (or put mark) / Firme su nombre completo (o ponga su marca) ▲

Date / Fecha: ____ / ____ / ____
Month / Mes Day / Día Year / Año

If you are registering to vote for the first time: please refer to the application instructions for information on submitting copies of valid identification documents with this form.
Si se está inscribiendo para votar por primera vez: consulte las instrucciones de la solicitud para información sobre presentar copias documentos de identificación válidos con este formulario.

Please fill out the sections below if they apply to you.
Llene las secciones a continuación que correspondan a su situación.

If this application is for a **change of name**, what was your name before you changed it? / Si esta solicitud es para un **cambio de nombre**, ¿cómo se llamaba antes de cambiar de nombre?

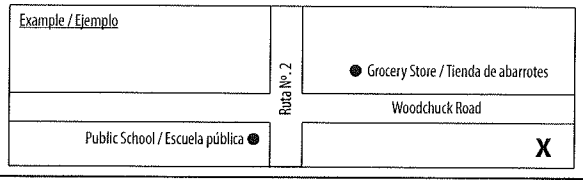
A	Mr. / Sr. Mrs. / Sra. Miss / Sta. Ms. / Sra.	Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Name(s) / Segundo nombre	(Circle one) / (Marque uno con un círculo) Jr. Sr. II III IV

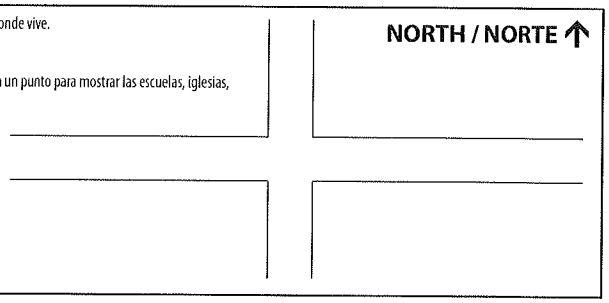
If you were **registered before but this is the first time you are registering from the address in Box 2**, what was your address where you were registered before?
Si estuvo **inscrito antes, pero esta es la primera vez que se está inscribiendo con la dirección en la Casilla 2**, ¿cuál era la dirección con que estaba inscrito antes?

B	Street (or route and box number) / Calle (o número de ruta y casilla)	Apt. or Lot # / Nº. de depto. o lote	City/Town/County / Ciudad/Localidad/Condado	State / Estado	Zip Code / Código postal

If you live in a rural area but do not have a street number, or if you have no address, please show on the map where you live.
Si vive en una zona rural, pero no tiene un número de calle, o si no tiene dirección, muestre en el mapa dónde vive.

C
- Write in the names of the crossroads (or streets) nearest to where you live. / Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive.
- Draw an X to show where you live. / Ponga una X para mostrar el lugar en que vive.
- Use a dot to show any schools, churches, stores, or other landmarks near where you live, and write the name of the landmark. / Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia.





If the applicant is unable to sign, who helped the applicant fill out this application? Give name, address and phone number (phone number optional).
Si el solicitante no puede firmar, ¿quién ayudó al solicitante a llenar esta solicitud? Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono. (El número de teléfono es optativo).

D

Mail this application to the address provided for your State.
Envíe esta solicitud a la dirección provista por su estado.

FOR OFFICIAL USE ONLY SÓLO PARA USO OFICIAL

FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING

7. Selección de partido político. Si está inscrito en un partido político calificado para ser reconocido en la papeleta, se le permitirá que vote en las elecciones primarias de ese partido político. Si está inscrito como independiente, sin preferencia de partido político o cómo miembro de un partido político no calificado para ser reconocido en la papeleta, puede elegir y votar una papeleta de elección primaria de uno de los partidos políticos reconocidos.
8. Raza o grupo étnico. Deje en blanco.
9. Firma. Para inscribirse en Arizona tiene que:
• ser ciudadano de Estados Unidos
• ser residente de Arizona y de su condado al menos 29 días antes de las próximas elecciones
• haber cumplido los 18 años de edad antes de las próximas elecciones generales
• no haber sido condenado de traición a la patria ni de un delito grave (o haberle sido restituidos sus derechos civiles)
• no estar declarado actualmente cómo una persona incapacitada por ningún tribunal de justicia

Dirección postal:
Secretary of State/Elections
1700 W. Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007-2888

Arkansas

Revisado: 01-03-2006

Fecha límite de inscripción — 30 días antes de las elecciones.

6. Número de identificación. Su formulario de inscripción de votante debe contener el número de su licencia de conducir del estado o el número de identificación de los no conductores emitido por el estado. Si no tiene una licencia de conducir ni identificación de no conductor, tiene que incluir las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social. Si *no tiene* una licencia de conducir, ni una licencia de identificación de no conductor, ni un número del Seguro Social, escriba "NONE" (NINGUNO) en el formulario. El secretario de estado le asignará un número.
7. Selección de partido político. Opcional. No tiene obligación de inscribirse en un partido político si no desea participar en las elecciones primarias, en la asamblea local (caucus) o en la convención de un determinado partido político.
8. Raza o grupo étnico. Deje en blanco.
9. Firma. Para inscribirse en Arkansas tiene que:
• ser ciudadano de Estados Unidos
• vivir en Arkansas en la dirección indicada en la Casilla 2 de la solicitud
• haber cumplido los 18 años de edad antes de las próximas elecciones
• no haber sido condenado de un delito grave (a menos que haya cumplido completamente su sentencia o que lo hayan perdonado)
• no reclamar derecho a votar en ninguna otra jurisdicción
• no haber sido declarado anteriormente mentalmente incompetente por un tribunal con la debida jurisdicción

Dirección postal:
Secretary of State
Voter Services
P.O. Box 8111
Little Rock, AR 72203-8111

California

Revisado: 01-03-2006

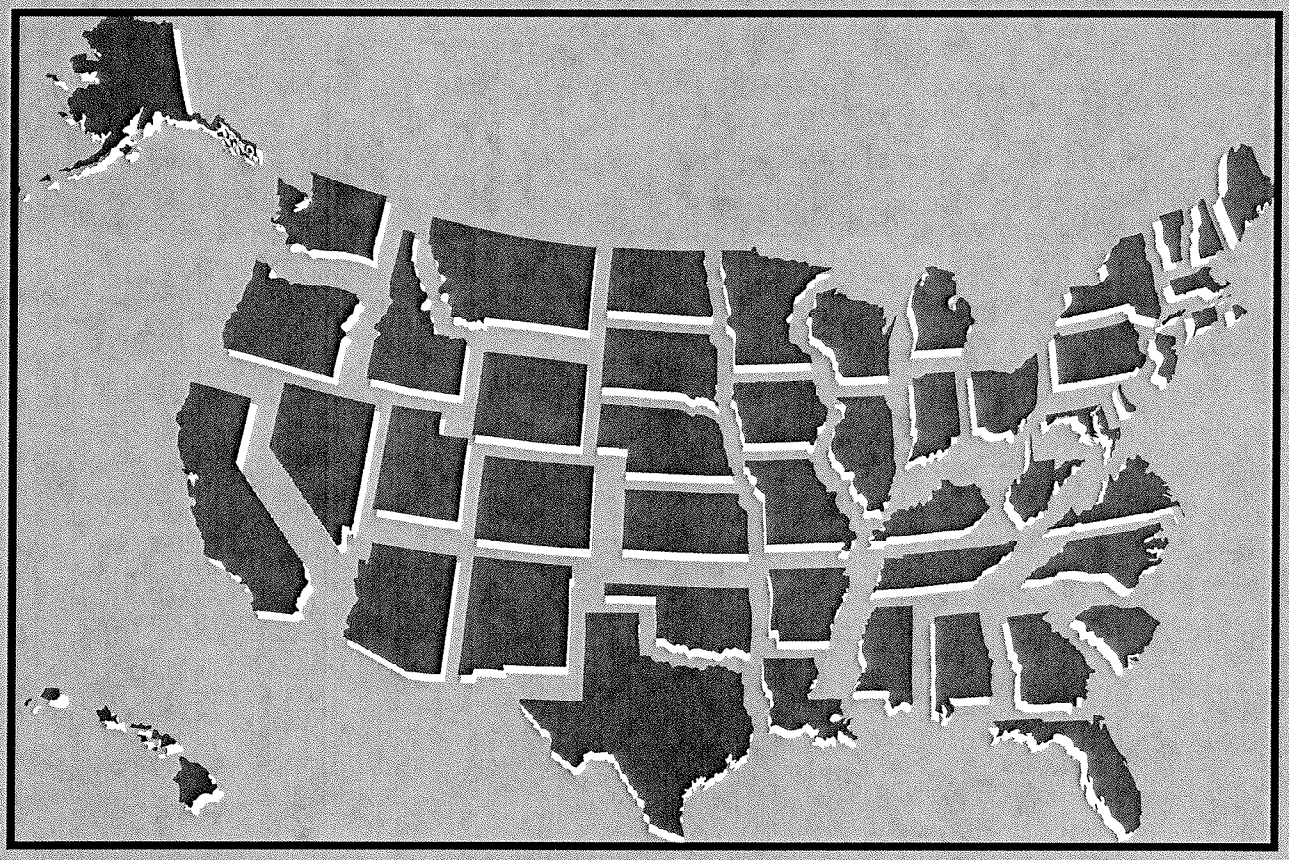
Fecha límite de inscripción — 15 días antes de las elecciones.

6. Número de identificación. Cuando se inscribe para votar tiene que proporcionar el número de su licencia de conducir de California o el número de la tarjeta de identificación de California, si tiene alguna. Si no tiene ni licencia de conducir, ni tarjeta de identificación, tiene que dar las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social (SSN). Si no incluye esta información, tendrá que proporcionar identificación cuando vote.
7. Selección de partido político. Escriba el nombre del partido político en el que se desea inscribir. Si no se quiere inscribir en ningún partido, ponga "Decline to state" (No deseo indicar) en el espacio provisto. La ley de California permite que los votantes que "no desean indicar" una afiliación a un partido político calificado, o que se afilian a un partido político no calificado, voten en las elecciones primarias de cualquier partido político calificado que haya sometido una notificación ante el secretario de estado permitiéndole hacerlo. Puede llamar al 1-800-345-VOTE o visitar www.sos.ca.gov para averiguar qué partidos políticos están permitiendo que votantes no afiliados participen en sus elecciones primarias.
8. Raza o grupo étnico. Deje en blanco.
9. Firma. Para inscribirse en California tiene que:
• ser ciudadano de Estados Unidos
• ser residente de California
• tener al menos 18 años de edad en la fecha de las próximas elecciones
• no estar preso ni bajo libertad supervisada por haber sido condenado de un delito grave
• no haber sido juzgado mentalmente incompetente por ningún tribunal

Se requiere firma. Si cumple con los requisitos indicados más arriba, firme y feche la tarjeta de inscripción en el espacio provisto.

Dirección postal:
Secretary of State
Elections Division
1500 11th Street
Sacramento, CA 95814

Magrehistro upang Makaboto sa Iyong Estado sa Pamamagitan nitong Postcard Form at Gabay



Para sa mga Mamamayan ng Estados Unidos

Pangkalahatang Mga Tagubilin

Sino ang Makakagamit ng Aplikasyong ito
Kung ikaw ay isang mamamayan ng Estados Unidos na naninirahan o may address sa loob ng Estados Unidos, maaari mong gamitin ang aplikasyon sa libritong ito:

- upang makaboto sa iyong Estado,
- I-ulat ang pagpapalit ng pangalan sa iyong tanggapan para sa rehistrasyon ng botante,
- I-ulat ang pagpapalit ng address sa iyong tanggapan para sa rehistrasyon ng botante, o
- Para maka-rehistro sa isang partidong pulitikal.

Mga Eksepsyon
Mangyari lamang na huwag gamitin ang aplikasyong ito kung ikaw ay nakatira sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito at walang (legal) na address ng tirahan sa bansang ito, *o* kung ikaw ay isang militar na nakadestino malayo sa iyong tirahan. Gamitin ang Federal Postcard Application na mula sa mga base militar, mga embahada ng Amerika, o mga tanggapan ng konsulado.

Tatanggapin ng mga kawani ng mga lungsod at bayan ng **New Hampshire** ang aplikasyong ito bilang isang kahilingan lamang para sa kanilang sariling dokumento para sa rehistrasyon ng botanteng hindi makakarating na maghuhulog ng balota sa koreo. Ang **North Dakota** ay hindi magsasagawa ng rehistrasyon ng botante. Hindi pinapahintulutan ayon sa batas ng **Wyoming** ang pagrehistro gamit ang koreo.

Paano Malalaman Kung Ikaw ay Kuwalipikado Upang Makaboto sa Iyong Estado
Ang bawat Estado ay mayroong mga batas ukol sa kung sinu-sino ang maaaring bumoto. Tingnan ang impormasyong nakatala sa ilalim ng iyong Estado sa Mga Tagubilin ng Estado. Hinihiling ng lahat ng mga Estado na ikaw ay isang mamamayan ng Estados Unidos ayon sa kapanganakan o naturalisasyon upang makapagrehistro at makaboto sa mga halalang pederal at halalan ng estado. Ipinagbabawal ng Batas Pederal ang maling pag-aangkin ng pagiging mamamayan ng Estados Unidos para magrehistro upang makaboto sa kahit na anong halalang pederal, ng estado, o panlokal. **Hindi** ka maaaring magrehistro para magboto higit sa isang lugar at higit sa isang beses.

Paano Kumpletuhin ang Aplikasyong Ito
Gamiting pareho ang Mga Tagubilin sa Aplikasyon at Mga Tagubilin ng Estado bilang iyong gabay sa pagsusulat ng aplikasyon.

- Simula, basahin ang Mga Tagubilin ng Aplikasyon. Ang mga tagubiling ito ay magbibigay sa iyo ng mahahalagang impormasyon na nauukol sa lahat ng gumagamit ng aplikasyong ito.
- Sumunod, hanapin ang iyong Estado sa ilalim ng Mga Tagubilin ng Estado. Gamitin ang mga tagubiling ito upang punan ang mga Kahon 6,7, at 8. umangguni rin sa mga tagubilin na ito para sa impormasyong ukol sa botante at kahit na anong panunumpang hinihiling sa Kahon 9.
- **MANGYARI LAMANG NA IBIGAY ANG IYONG MGA KASAGUTAN SA INGLES.**

Kailan dapat Magrehistro upang Makaboto
Ang bawat Estado ay may sariling huling takdang araw para sa pagpaparehistro upang makaboto. Tingnan ang huling takdang araw para sa iyong Estado sa huling pahina ng libritong ito.

Paano I-sumite ang Iyong Aplikasyon
Ipadala sa koreo ang iyong aplikasyon sa address na nakalista sa ilalim ng iyong Estado sa Mga Tagubilin ng Estado.
O, personal na dalhin ang aplikasyon sa iyong lokal na tanggapan ng rehistrasyon ng botante. Ang mga Estado na obligadong tanggapin ang pambansang form ay tatanggap ng mga kopya ng aplikasyon na nalimbag mula sa imahe ng computer sa karaniwang naka-imbak na dokumento, na nilagdaan ng aplikante, at inihulog sa koreo sa isang sobre na may wastong bayad sa selyo.

Mga Botanteng mapasa-Unang Pagkakataong Nagrehistro sa Pamamagitan ng Koreo
Kung ang aplikasyon ng rehistrasyon na ito ay ang iyong unang pagkakataong bumoto sa pamamagitan ng koreo, hinihiling mula sa iyo ng Batas Pederal na magpakita ng katibayan sa unang pagkakataon na ikaw ay bumoto. Katunayan ng pagkakakilanlan ay kinabibilangan ng:

- Isang kasalukuyang at balidong litrato ng pagkakakilanlan o
- Isang pangkasalukuyang kahilingan ng bayad serbisyong pampubliko (kuryente, tubig, gas), bank statement, tseke ng gobyerno, paycheck o dokumento ng gobyerno na ipinapakita ang iyong pangalan at address.

Maaari ligtas ang mga botante mula sa kahilingang ito kung sila ay mag-sumite ng isang **KOPYA** ng pagkakakilanlang ito kasama ng kanilang dokumento para sa rehistrasyon ng botanteng magboboto pala-koreo. Kung nais mong mag-sumite ng **KOPYA**, mangyari lamang na tandaan ang mga sumusunod:

- Maaaring may mga karagdagang kahilingan para sa pagkakakilanlan ang iyong estado. At kakailanganing sa iyo na magpakita ng pagkakakilanlan sa botohan kahit na matugunan mo ang Pederal na katibayan ng pagkakakilanlan.
- Huwag i-sumite ang orihinal na mga dokumento kasama ng aplikasyon na ito, ngunit ang mga **KOPYA** lamang.

Kung Ibinigay sa Iyo ang Aplikasyon na ito sa Tanggapan ng Estado o Himpilan ng Gobyerno
Kung ibinigay sa iyo ang aplikasyon na ito sa isang ahensya ng Estado o himpilan ng gobyerno, nasasa-iyo ang desisyon na gamitin ang aplikasyon na ito. Kung mapagpasyahan mo na gamitin ang aplikasyon na ito upang makaboto, maaari mo itong punan at iwanan sa ahensya ng Estado o himpilan ng gobyerno. Isu-sumite ang aplikasyon para sa iyo.
O, maaari mo itong ihulog sa koreo sa address na nakalista sa ilalim ng iyong Estado sa Mga Tagubilin ng Estado. Maaari mo rin itong dalhin upang ibigay ng personal sa iyong lokal na tanggapan para sa rehistrasyon ng botante.
Tandaan: Ang pangalan at lokasyon ng ahensya ng Estado o himpilan ng gobyerno kung saan mo natanggap ang aplikasyon ay mananatiling kompidensyal. Hindi ito ipapakita sa iyong aplikasyon. At, kung magpasya ka na huwag gamitin ang aplikasyon na ito upang makaboto, ang desisyon na iyon ay mananatiling kompidensyal. Hindi ito makaka-apekto sa serbisyong iyong matatanggap mula sa ahensya o himpilan.

Mga Tagubulin sa Aplikasyon

Bago sulatan ang nilalaman ng form, mangyari lamang na sagutin ang mga katanungan sa itaas ng form kung ikaw ay isang mamamayan ng Estados Unidos at kung ikaw ay may edad na 18 taong gulang sa pagsapit o bago ang Araw ng Halalan. Kung ang iyong sagot ay hindi sa kahit na alin sa mga katanungan na ito, hindi mo maaaring gamitin ang form na ito upang magrehistro para makaboto. Gayunman, ang mga tiyak na tagubilin ng estado ay nagkakaloob ng karagdagang mga impormasyon para makaboto bago sumapit ng edad na 18.

Kahon 1 — Pangalan
Ilagay sa kahong ito ang iyong buong pangalan sa ganitong paraan ng pagkakasunod-sunod — Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan. Huwag gumamit ng mga palayaw o inisyal. *Tandaan:* Kung ang aplikasyong ito ay para sa isang pagpapalit ng pangalan, mangyari lamang na sabihin sa amin sa **Kahon A** *(sa kalahati ng form)* ang iyong buong pangalan bago mo ito ibago.

Kahon 2 — Address ng Tirahan
Ilagay sa kahong ito ang address ng iyong tirahan (legal na address) **Huwag** ilagay ang iyong address pang-koreo kung ito ay iba sa iyong address ng tirahan. **Huwag** gumamit ng post office box o rural route na walang box number. Sumangguni sa mga tagubilin na tiyak sa estado para sa mga patakaran hinggil sa paggamit ng mga route number.

Tandaan: Kung ikaw ay nakarehistro dati *ngunit* ito ang unang pagkakataon na ikaw ay nagparehistro mula sa address sa Kahon 2, mangyari lamang na sabihin sa amin sa **Kahon B** *(sa ibabang bahagi ng form)* ang address kung saan ka nakarehistro dati. Mangyari lamang na ibigay sa amin ang lubos ng iyong makakayanang matandaan ukol sa address.

Tandaan Din: Kung ikaw ay nakatira sa isang rural na lugar ngunit walang address ng kalye, *o* wala kang address, mangyari lamang na ipakita sa amin kung saan ka nakatira sa pamamagitan ng mapa sa **Kahon C** *(sa ibaba ng form).*

Kahon 3 — Address Pang-Koreo
Kung nakukuha mo ang iyong mga liham sa isang address na kaiba mula sa address sa Kahon 2, mangyari lamang na ilagay ang iyong address pang-koreo sa kahon na ito. Kung wala kang address sa Kahon 2, **kailangan** mong isulat sa Kahon 3 ang address kung saan maaaring makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng koreo.

Kahon 4 — Petsa ng Kapanganakan
Ilagay sa kahon na ito ang iyong petsa ng kapanganakan sa ganitong paraan ng pagkakasunod-sunod — Buwan, Araw, Taon. *Mag-ingat at huwag gamitin ang petsa ngayon!*

Kahon 5 — Numero ng Telepono
Ang karamihan sa mga Estado ay hihingi ng iyong numero ng telepono sa kaganapan na may mga katanungan tungkol sa iyong aplikasyon. Gayunman, **hindi** mo kailangan punan ang kahon na ito.

Kahon 6 — Numero ng ID
Hinihiling ng Batas Pederal na likumin ng mga estado mula sa bawat nagpaparehistro ang isang numero ng pagkakakilanlan. Kailangan mong sumangguni sa mga tagubilin na tiyak sa estado para sa ika-6 na bagay hinggil sa impormasyon kung aling numero ang tinatanggap sa iyong estado. Kung mayroon kang lisensya sa pagmamaneho o numerong pang-social security, mangyari lamang na ipahiwatig ito sa form at magtatalaga ng isang numero para sa iyo ang estado.

Kahon 7 — Pagpili ng Partido
Sa ilang mga Estado, kailangan mong magrehistro sa isang partido kung nais mong maging bahagi sa halalang primarya, pagpupulong, o kombensiyon ng partido. Upang malaman kung hinihiling ito ng iyong Estado, tingnan ang ika-7 bagay sa tagubilin sa ilalim ng iyong Estado.

Kung nais mong magrehistro sa isang partido, i-print sa kahon ang buong pangalan ng partido na iyong pinipili.

Kung **hindi** mo nais na magparehistro sa isang partido, isulat ang "walang partido" o iwanang blangko ang kahon. **Huwag** isulat ang salitang "idependiyente" kung ang nais mong sabihin ay "walang partido", dahil marahil na ikalilito ito sa pangalan ng partidong pulitikal sa iyong Estado.
Tandaan: Kung hindi ka magparehistro sa isang partido, maaari ka pa ring bumoto sa pangkalahatang halalan at walang pinapanigan (nonparty) na halalang primarya.

Kahon 8 — Lahi o Grupong Etniko
Ang ilang mga Estado ay humihingi ng iyong lahi o grupong etniko, para mapangasiwa ang Batas hinggil sa Karapatan sa Pagboboto ng Bansa (Federal Voting Rights Act). Upang malaman kung hinihiling ang impormasyong ito ng iyong Estado, tingnan ang ika-8 na bagay sa tagubilin sa ilalim ng iyong Estado. Kung gayon, ilagay sa Kahon 8 ang napiling pinakamainam para sa iyo mula sa listahan sa ibaba:

- American Indian *o* Katutubong Taga-Alaska
- Asyano o Pacific Islander
- Black, *hindi* nagmula sa Hispaniko Pinagmulan
- Hispaniko
- Iba't ibang mga lahi
- White, *hindi* nagmula sa Hispaniko Pinagmulan
- Iba pa

Kahon 9 — Lagda
Repasuhin ang impormasyon sa ika-9 na bagay sa mga tagubilin sa iyong Estado. Bago mo lagdaan o isulat ang iyong marka, tiyakin na:

(1) Natutugunan mo ang mga kahilingan ng iyong Estado, at
(2) Nauunawaan mo ang **lahat** ng nasa Kahon 9.

Bilang panghuli, ilagda ang iyong **buong** pangalan o ilagay ang iyong marka, at i-print ang petsa ngayong araw sa ganitong uri ng pagkakasunod-sunod — Buwan, Araw, Taon. Kung hindi makakayanang lumagda ng aplikante, ilagay sa **Kahon D** ang pangalan, address, at numero ng telepono (opsyonal) ng tao na tumulong sa aplikante.

Voter Registration Application/Aplikasyon sa Pagrehistro ng Botante

Before completing this form, review the General, Application, and State specific instructions.
Bago kumpletuhin ang form na ito, irepaso ang Pangkalahatan, Aplikasyon, at tiyak sa Estado na mga tagubilin.
PLEASE PROVIDE YOUR RESPONSES IN ENGLISH. / MANGYARI LAMANG NA IBIGAY ANG IYONG MGA KASAGUTAN SA INGLES.

Are you a citizen of the United States of America? / Ikaw ba ay isang mamamayan ng Estados Unidos? [ ]
Will you be 18 years old on or before election day? / Ikaw ba ay may edad na 18 taong gulang sa pagsapit o bago ang araw ng halalan. [ ]
If you check "No" in response to either of these questions, do not complete form.
Kung nilagyan mo ng tsek ang "Hindi" bilang sagot sa kahit alin sa mga katanungan na ito, huwag kumpletuhin ang form.
(Please see state-specific instructions for rules regarding eligibility to register prior to age 18.)
(Mangyari lamang na tingnan ang mga tiyak sa estado na mga tagubilin para sa mga patakaran hinggil sa bago sumapit sa edad na 18 taong gulang.)

This space for office use only. / Ang espasyo ito ay para sa gamit ng tanggapan lamang.

1		Last Name / Apelyido	First Name / Pangalan	Middle Name(s) / (Mga)Gitnang Pangalan	
2	Home Address / Address ng Tirahan	Apt. or Lot # / Apt. o Lot #	City/Town / Lungsod/Bayan	State / Estado	Zip Code
3	Address Where You Get Your Mail If Different From Above / Address Kung Saan Mo Natatanggap ang Iyong Mga Sulat Kung Iba Mula sa Itaas		City/Town / Lungsod/Bayan	State / Estado	Zip Code

4	Date of Birth/ Petsa ng Kapanganakan ___ / ___ / ___ Month / Buwan Day / Araw Year / Taon	5	Telephone Number (optional) / Numero ng Telepono (opsyonal)	6	ID Number (See Item 6 in the instructions for your state) / Numero ng ID (Tingnan ang Ika-6 na Bagay sa mga tagubilin para sa iyong estado)
7	Choice of Party (see item 7 in the instructions for your State) / Pinipiling Partido (tingnan ang Ika-7 na bagay sa mga tagubilin para sa iyong estado)	8	Race or Ethnic Group (see item 8 in the instructions for your State) / Lahi o Grupong Etniko (tingnan ang Ika-8 na bagay sa mga tagubilin para sa iyong Estado)		

9 I have reviewed my state's instructions and I swear/affirm that: /
Aking narepaso ang mga tagubilin ng aking estado at aking isinusumpa/pinapatotohanan na:

- I am a United States citizen / Ako ay isang mamamayan ng Estados Unidos
- I meet the eligibility requirements of my state and subscribe to any oath required. / Natutugunan ko ang mga hinihiling kwalipikasyong at sa pumapatnubay ako kahit na anong panunumpa na kinakailangan.
- The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry to the United States. / Ang impormasyon na aking ipinagkaloob ay totoo sa lubos ng aking kaalaman sa ilalim ng kaparusahan ng panunumpang huwad. Kung ako ay nagkaloob ng hindi totoong impormasyon, ako ay maaring patawan ng multa, pagkakakulong, o (kung hindi mamamayan ng Estados Unidos) pagbabalik sa bansang pinanggalingan mula sa o tatanggihan ng pagpasok sa Estados Unidos.

Please sign full name (or put mark) / Mangyari lamang na ilagda ang buong pangalan (o lagyan ng marka) ▲

Date / Petsa: ___ / ___ / ___
Month /Buwan Day / Araw Year / Taon

If you are registering to vote for the first time: please refer to the application instructions for information on submitting copies of valid identification documents with this form.
Kung ikaw ay nagpaparehistro para makaboto sa unang pagkakataon: mangyari lamang na sumangguni sa mga tagubilin sa aplikasyon para sa impormasyon sa pagsusumite ng mga kopya ng balidong dokumento ng pagkakakilanlan kasama ng form na ito.

Please fill out the sections below if they apply to you.
Mangyari lamang na sulatan ang mga seksyon sa ibaba kung ang mga ito ay naaangkop sa iyo.

If this application is for a **change of name**, what was your name before you changed it? / Kung ang aplikasyon na ito ay para sa **pagpapalit ng pangalan**, ano ang iyong pangalan bago mo ito palitan.

A		Last Name / Apelyido	First Name / Pangalan	Middle Name(s) / (Mga)Gitnang Pangalan	

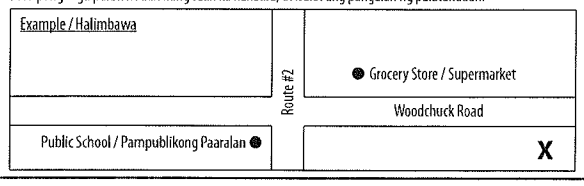
If you were **registered before but this is the first time you are registering from the address in Box 2**, what was your address where you were registered before?
Kung ikaw ay **nakarehistro dati ngunit ito ang unang pagkakataon na ikaw ay nagparehistro mula sa address sa Kahon 2**, ano ang address kung saan ka nakarehistro dati?

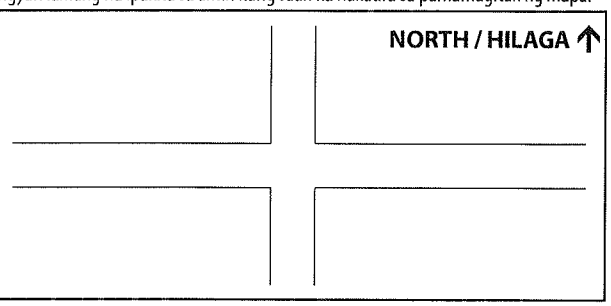
B	Street (or route and box number) / Kalye (o route at box numer)	Apt. or Lot # / Apt. o Lot #	City/Town/County / Lungsod/Bayan/County	State / Estado	Zip Code

If you live in a rural area but do not have a street number, or if you have no address, please show on the map where you live.
Kung ikaw ay nakatira sa isang rural na lugar ngunit walang numero ang kalye, o wala kang address, mangyari lamang na ipakita sa amin kung saan ka nakatira sa pamamagitan ng mapa.

C

- Write in the names of the crossroads (or streets) nearest to where you live. / Isulat ang mga pangalan ng kanto (o kalye) na pinakamalapit kung saan ka nakatira.
- Draw an X to show where you live. / Sulatan ng X upang ipakita kung saan ka nakatira.
- Use a dot to show any schools, churches, stores, or other landmarks near where you live, and write the name of the landmark. / Gumamit ng tuldok upang ipakita ang kahit na anong mga paaralan, mga simbahan, mga tindahan, o iba pang mga palatandaan kung saan ka nakatira, at isulat ang pangalan ng palatandaan.





If the applicant is unable to sign, who helped the applicant fill out this application? Give name, address and phone number (phone number optional).
Kung hindi makakalagda ang aplikante,sino ang tumulong sa aplikante na sulatan ang aplikasyon na ito? Ibigay ang pangalan, address at numero ng telepono (opsyonal ang numero ng telepono).

D

Mail this application to the address provided for your State.
Ihulog sa koreo ang aplikasyon na ito sa address na ipinagkaloob para sa iyong Estado.

Pinabago 10/29/2003

FOR OFFICIAL USE ONLY PARA SA OPISYAL NA GAMIT LAMANG

FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING

Print Application

iyong numero ng social security kung may ipinalabas sa iyo. Kung ikaw ay walang pangkasalukuyan at balidong lisensya sa pangmaneho o hindi ipinapangasiwa na lisensya ng pagkakakilanlan o isang numero ng social security, mangyari lamang na isulat ang "WALA" sa form. Isang bukod-tanging numero ang itatalaga ng Kalihim ng Estado.

7. Pinipiling Partido. Kung ikaw ay nakarehistro sa isang partidong pulitikal na kwalipikado para sa pagkikilala ng balota, ikaw ay papahintulutan na bumoto para sa halalang primarya para sa partidong iyon. Kung ikaw ay nakarehistro bilang isang independyente, walang piniling partido o bilang isang miyembro ng isang partido na hindi kuwalipikado para sa pagkikilala ng balota, maaari kang pumili at bumoto ng isang balota para sa halalang primarya para sa isa sa mga nakilalang partidong pulitikal.

8. Grupo ng Lahi o Grupong Etniko. Iwanang blangko.

9. Lagda. Upang magparehistro sa Arizona, kailangan na ikaw ay:

- maging isang mamamayan ng Estados Unidos
- maging isang mamamayan ng Arizona at ng iyong county na kahit man lamang 29 araw bago ang sumunod na halalan.
- maging 18 taong gulang sa pagsapit o bago ang sumunod na pangkalahatang halalan
- hindi nasenyensyahan para sa pagtataksil sa bayan o isang paglalabag sa batas (o naipanumbalik ang iyong mga karapatang pantao)
- hindi kasalukuyang nadeklara bilang isang taong walang kakayahan ayon sa korte ng batas

Address Pang-Koreo:
Secretary of State/Elections
1700 W. Washington, 7th Floor
Phoenix, AZ 85007-2888

Arkansas

Pinabago: 03-01-2006

Huling araw na Inaasahan ang Rehistrasyon — 30 araw bago sumapit ang halalan.

6. Numero ng ID. Ang iyong nakumpletong form ng rehistrasyon ng botante ay dapat na naglalaman ng iyong numero ng lisensya sa pangmaneho na ipinalabas ng estado o hindi ipinapangasiwa na numero ng pagkakakilanlan. Kung wala kang lisensya sa pagmamaneho o hindi ipinapangasiwa na pagkakakilanlan, kailangan mong isama ang huling apat na mga numero ng iyong numero sa social security. Kung ikaw ay walang lisensya sa pangmaneho o hindi ipinapangasiwa na pagkakakilanlan o numero sa social security, mangyari lamang na isulat ang "WALA" sa form. Isang bukod-tanging numero ang itatalaga ng Estado.

7. Pagpili ng Partido. Hindi mo kailangang magparehistro sa isang partido kung nais mong maging bahagi sa halalang primarya, pagpupulong, o kombensiyon ng partido.

8. Grupo ng Lahi o Grupong Etniko. Iwanang blangko.

9. Lagda. Upang magparehistro sa Arkansas, kailangan na ikaw ay:

- maging isang mamamayan ng Estados Unidos
- nakatira sa Arkansas sa address sa Kahon 2 ng aplikasyon
- may kahit man lamang 18 taong gulang bago sumapit ang sumunod na halalan
- hindi isang nasentensyahang lumabag sa batas (o ay ganap na pinakawalan mula sa iyong sentensya o napatawad)
- hindi umangkin sa karapatan na bumoto sa iba pang hurisdiksyon
- hindi dating nahusgahan bilang walang kakayahang pangkaisipan ng isang korte na may legal na hurisdiksyon

Address Pang-Koreo:
Secretary of State
Voter Services
P.O. Box 8111
Little Rock, AR 72203-8111

California

Pinabago: 03-01-2006

Huling araw na Inaasahan ang Rehistrasyon — 15 araw bago sumapit ang halalan.

6. Numero ng ID. Kapag ikaw ay nagparehistro upang makaboto, kailangan mong ipagkaloob ang iyong lisensya sa pagmaneho sa California o card ng pagkakakilanlan sa California na numero, kung mayroon ka nito. Kung wala kang lisensya sa pagmamaneho o ID card, kailangan mong ipagkaloob ang huling apat na mga numero ng iyong numero sa social security o Social Security Number (SSN). Kung hindi mo isama ang impormasyon na ito, kailangan hilingin mula sa iyo na magbigay ng pagkakakilanlan kapag ikaw ay bumoto.

7. Pinipiling Partido. Mangyari lamang na ipasok ang pangalan ng partidong pulitikal kung saan nais mong magparehistro. Kung hindi mo nais na magparehistro sa kahit na anong partido, ipasok ang "Tumangging Ipahayag" sa espasyo na ipinagkaloob.

Pinapahintulutan sa ilalim ng batas ng California ang mga botante na "tumangging ipahayag" ang isang kinaaaniban na hindi kuwalipikadong partidong pulitikal na bumoto sa halalang primarya ng kahit na anong kuwalipikadong partidong pulitikal na nagsampa ng paunawa sa Kalihim ng Estado na nagpapahintulot sa kanila na gawin ito. Maaari kang tumawag sa 1-800-345-VOTE o bumisita sa www.ss.ca.gov upang matutunan kung aling mga partidong pulitikal ang nagpapahintulot na mga walang kinaaaniban na botante upang sumali sa kanilang primaryang halalan.

8. Grupo ng Lahi o Grupong Etniko. Iwanang blangko.

9. Lagda. Upang magparehistro sa California, kailangan na ikaw ay:

- maging isang mamamayan ng Estados Unidos
- maging isang mamamayan ng California
- may kahit man lamang 18 taong gulang sa pagsapit ng sumunod na halalan

• hindi makulong o malagay sa parole para sa pagkakasentensya para sa isang paglabag sa batas

• hindi kasalukuyang nahuhusgahan bilang walang kakayahang pangkaisipan ng isang korte ng batas

Kinakailangan ang lagda. Kung natugunan mo ang mga kahilingan na natala sa itaas, mangyari lamang na lagdaan at lagyan ng petsa ang kard ng rehistrasyon sa patlang na inilaan.

Address Pang-Koreo:
Secretary of State
Elections Division
1500 11th Street
Sacramento, CA 95814

Colorado

Pinabago: 03-28-2008

Huling araw na Inaasahan ang Rehistrasyon — 29 araw bago sumapit ang halalan. Kung ang aplikasyon ay natanggap sa koreo ng walang marka ng koreo, kailangan itong matanggap sa loob ng 5 araw ng pagsasara ng rehisktrasyon.

6. Numero ng ID. Ang iyong nakumpletong form ng rehistrasyon ng botante ay dapat na naglalaman ng iyong numero ng lisensya sa pangmaneho na ipinalabas ng estado o numero ng pagkakakilanlan. Kung wala kang lisensya sa pagmamaneho o pagkakakilanlan na ipinalabas ng estado, kailangan mong isama ang huling apat na mga numero ng iyong numero sa social security. Kung ikaw ay walang lisensya sa pangmaneho o pagkakakilanlan na ipinalabas ng estado o numero sa social security, mangyari lamang na isulat ang "WALA" sa form. Isang bukod-tanging numero ang itatalaga ng Estado.

7. Pinipiling Partido. Kailangan mong magparehistro sa isang partido kung nais mong maging bahagi sa halalang primarya, pagpupulong, o kombensiyon ng partido.

8. Grupo ng Lahi o Grupong Etniko. Iwanang blangko.

9. Lagda. Upang magparehistro sa Colorado, kailangan na ikaw ay:

• maging isang mamamayan ng Estados Unidos

• maging isang naninirahan sa Colorado ng 30 araw bago ang halalan

• may edad na 18 taong gulang sa pagsapit o bago ang araw ng halalan

• hindi namalagi bilang isang bilanggo o nagsisilbi ng kahit na anong bahagi ng sentensya sa ilalim ng isang kautusan.

Address Pang-Koreo:
Colorado Secretary of State
1700 Broadway, Suite 270
Denver, Colorado 80290

Connecticut

Pinabago: 03-01-2006

Huling araw na Inaasahan ang Rehistrasyon — 14 araw bago sumapit ang halalan.

6. Numero ng ID. Ang Numero ng Lisensya sa pagmamaneho sa Connecticut, o kung wala, ang huling apat na numero ng iyong Numero ng Social Security,

7. Pinipiling Partido. Ito ay opsyonal, pero kailangan mong magparehistro sa isang partido kung nais mong maging bahagi sa halalang primarya, pagpupulong, o kombensiyon ng partido.

8. Grupo ng Lahi o Grupong Etniko. Iwanang blangko.

9. Lagda. Upang magparehistro sa Connecticut, kailangan na ikaw ay:

• maging isang mamamayan ng Estados Unidos

• maging isang naninirahan sa Connecticut at ng bayan kung saan mo nais bumoto

• may edad na 17 taong gulang. Maaari kang bumoto kapag ikaw ay sumapit sa edad na 18.

• nakapagkumpleto sa pagkakakulong at parole kung dating nasentensyahan sa isang paglalabag sa batas, at naipanumbalik ang iyong mga karapatan sa pagboto ng Tagapagrehistro ng Mga Botante.

• hindi kasalukuyang napahayag bilang walang kakayahan na bumoto ng isang korte ng batas

Address Pang-Koreo:
Secretary of State
Elections Division
30 Trinity Street
Hartford, CT 06106

Delaware

Pinabago: 02-07-2012

Huling araw na Inaasahan ang Rehistrasyon — Ang ika-4 na Sabado bago sumapit ang primarya o pangkalahatang halalan, at 10 araw bago ang isang espesyal na halalan.

6. Numero ng ID. Ang iyong nakumpletong form ng rehistrasyon ng botante ay dapat na naglalaman ng iyong numero ng lisensya sa pangmaneho na ipinalabas ng estado o hindi ipinapangasiwa na numero ng pagkakakilanlan. Kung wala kang lisensya sa pagmamaneho o hindi ipinapangasiwa na pagkakakilanlan, kailangan mong isama ang huling apat na mga numero ng iyong numero sa social security. Kung ikaw ay walang lisensya sa pangmaneho o hindi ipinapangasiwa na pagkakakilanlan o numero sa social security, mangyari lamang na isulat ang "WALA" sa form. Isang bukod-tanging numero ang itatalaga ng Estado.

7. Pinipiling Partido. Kailangan mong magparehistro sa isang partido kung nais mong maging bahagi sa halalang primarya, pagpupulong, o kombensiyon ng partido.

8. Grupo ng Lahi o Grupong Etniko. Iwanang blangko.

9. Lagda. Upang magparehistro sa Delaware, kailangan na ikaw ay:

• maging isang mamamayan ng Estados Unidos

• maging isang permanenteng residente ng Delaware

Notice of Privacy Practices Acknowledgement Instructions

2014

WHEN: At time of initiating services.

ON WHOM: All clients receiving services

COMPLETED BY: Any Staff

MODE OF COMPLETION: Client signs form NPP Acknowledgement 2014 after receiving Notice of Privacy Practices in Preferred Language.

REQUIRED ELEMENTS: Complete the NPP Acknowledgement 2014 form with client's name, relationship to client if not client, and client's signature and date. Kept in client's hybrid chart.

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

CLIENT'S INFORMATION		
LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
IF YOU ARE NOT THE CLIENT, PRINT YOUR NAME:	INDICATE YOUR RELATIONSHIP TO CLIENT:	

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and share your medical information. We encourage you to read it fully.

Our Notice of Privacy Practices is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by accessing the County's web site, www.cosdcompliance.org, or by contacting any staff person involved with your care.

If you have any questions about our Notice of Privacy Practices, please contact:

HHSA Privacy Officer
County of San Diego
Agency Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 338-2808

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of the County of San Diego	
SIGNATURE:	DATE:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Notice of Privacy Practices

HHSA Privacy Officer
PO Box 865524
San Diego, CA 92186-5524
619-338-2808
www.cosdcompliance.org

Your Information.
Your Rights.
Our Responsibility.

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

Please review it carefully.

Your Rights

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you:

Get an electronic or paper copy of your medical record	• You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this. • We will provide a copy of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
Ask us to correct your medical record	• You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this. • We may say “no” to your request, but if we say no, we’ll tell you why in writing within 60 days.
Request confidential communications	• You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. • We will say “yes” to all reasonable requests.

Continued on next page

Your Rights *continued*

Ask us to limit what we use or share	• You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. • We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care. • If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. • We will say “yes” unless a law requires us to share that information.
Get a list of those with whom we’ve shared information	• You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. • We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
Get a copy of this privacy notice	• You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
Choose someone to act for you	• If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. • We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
File a complaint if you feel your rights are violated	• You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1. • You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by: calling 1-877-696-6775, sending a letter to: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • We will not retaliate against you for filing a complaint.

Our Uses and Disclosures

How do we typically use or share your health information? We typically use or share your health information to:

Treat you	• We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.	*Example*: A doctor treating you for an illness asks another doctor about your overall health condition.
Run our organization	• We can use and share your health information to provide services, improve your care, and contact you when necessary.	*Example*: We use health information about you to manage how well our staff is caring for you.
Bill for your services	• We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.	*Example*: We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.

How else can we use or share your health information? We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions before we can share your information for these purposes. For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Help with public health and safety issues	• We can share health information about you for certain situations such as:
	  • Preventing disease
	  • Helping with product recalls
	  • Reporting adverse reactions to medications
	  • Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
	  • Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or

Do research	• We can use or share your information for health research.
Comply with the law	• We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
Work with a medical examiner or funeral director	• We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests	• We can use or share health information about you:
	  • For workers' compensation claims
	  • For law enforcement purposes or with a law enforcement official
	  • With health oversight agencies for activities authorized by law
	  • For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
	  • We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will do our best to follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:	• Share information with your family, friends, or others involved in your care • Share information in a disaster relief situation • Contact you for fundraising efforts. • Share certain information about your drug and alcohol treatment. This information may require your written authorization before we may share it with anyone. *If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*
In these cases we *never* share your information unless you give us written permission:	• Marketing purposes. • Sale of your information. We will never sell your information. • Most sharing of psychotherapy notes.

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.
- For additional information about this Notice, contact HHSA Privacy Officer using the contact information on Page 1 of this Notice or see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Changes to the Terms of This Notice: We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

- The effective date of this Notice is September 1, 2014

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

INFORMACIÓN DEL CLIENTE		
APELLIDO(S):	PRIMER NOMBRE:	INICIAL SEGUNDO NOMBRE:
SI NO ES UN CLIENTE, ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE:	INDIQUE LA RELACIÓN QUE TIENE CON EL CLIENTE:	

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y compartir su información médica. Le invitamos a que lo lea detenidamente.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso modificado visitando el sitio web del Condado, www.cosdcompliance.org, o contactando a cualquier persona del personal involucrada con su atención de salud.

Si tiene cualquier pregunta sobre nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, póngase en contacto con:

HHSA Privacy Officer
County of San Diego
Agency Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 338-2808

Yo acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de San Diego	
FIRMA:	FECHA:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Aviso sobre prácticas de privacidad

Funcionario de privacidad de HSSA
PO Box 865524
San Diego, CA 92186-5524
619-338-2808
www.cosdcompliance.org

Su información.
Sus derechos.
Nuestra responsabilidad.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información sobre usted y cómo puede usted obtener acceso a esta información.

Revíselo detenidamente por favor

Sus derechos

Cuando se trata de información de salud, usted cuenta con ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a:

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico	• Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo puede hacer esto. • Nosotros le proporcionaremos una copia de su información de salud,
Pedirnos que corrijamos su expediente médico	• Usted puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que usted piense que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo puede hacer esto. • Nosotros podemos decir "no" a su solicitud, pero si decimos que no, nosotros le
Solicitar comunicados confidenciales	• Usted nos puede pedir que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de la casa u oficina) o bien enviar la correspondencia a una dirección diferente.

Continúa en la siguiente página

Pedirnos que limitemos lo que usamos y compartimos	• Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud sobre el tratamiento, pago o nuestras operaciones. • Nosotros no tenemos la obligación de acordar con su petición, y podemos decir "no" si podría afectar su atención de salud. • Si usted paga totalmente por un servicio o un artículo de atención de salud de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos dicha información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. • Nosotros diremos "sí" a no ser que la ley requiera que compartamos dicha información.
Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información	• Usted puede solicitar un listado (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por los seis años anteriores a la fecha de su petición, sobre con quién la compartimos y el por qué. • Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, y otras ciertas divulgaciones (como aquellas que usted nos solicitó hacer). Nosotros proporcionaremos una contabilización gratuita por año pero cobraremos una tarifa razonable con base al costo si usted solicita otra dentro de 12 meses.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	• Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó en recibir el aviso electrónicamente. Nosotros le proporcionaremos una copia impresa inmediatamente.
Escoger a alguien que tome decisiones por usted	• Si usted le ha proporcionado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Nosotros nos aseguraremos de que la persona cuente con esta autoridad y pueda actuar a nombre de usted antes de que nosotros tomemos cualquier acción.
Entablar una queja si usted siente que se quebrantaron sus derechos	• Usted se puede quejar si siente que se han quebrantado sus derechos, simplemente contáctenos usando la información en la página 1. • Usted puede entablar una queja con el Departamento de Salud de EE.UU. y la Oficina de Servicios Humanos para Derechos Civiles llamando al 1-877-696-6775, o escribiendo a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • Nosotros no tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

Nuestros usos y divulgaciones

Generalmente, ¿cómo usamos o compartimos su información de salud? Nosotros generalmente usamos o compartimos su información de salud para:

Darle tratamiento	Nosotros podemos usar y compartir su información de salud con otros profesionales que le están dando tratamiento.	*Ejemplo*: Un médico que le está proporcionando tratamiento por una enfermedad le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.
El funcionamiento de nuestra organización	Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para proporcionar servicios , mejorar su atención de salud y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.	*Ejemplo*: Nosotros usamos la información de salud sobre usted para administrar qué tan bien lo está atendiendo nuestro personal.
Facturar por sus servicios	Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de sus planes de salud u otras entidades.	*Ejemplo*: Nosotros proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que nos pague por nuestros servicios.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud? Nosotros tenemos permitido o estamos obligados a compartir su información de otras formas, generalmente de formas en que contribuyen al bien del público, como para la salud e investigación pública. Nosotros tenemos que cumplir con muchas condiciones antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud y seguridad al público	• Nosotros podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como para: • Evitar enfermedades • Ayudar con la retirada de productos • Reportar acciones adversas a medicamentos • Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia familiar • Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquiera
Realizar	• Nosotros podemos usar o divulgar su información para investigación en el campo de la salud
Cumplir con la ley	• Nosotros compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si ellos quieren ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Trabajar junto con un médico forense o director de funeraria	• Nosotros podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense, o director de funeraria al morir un individuo.
Abordar solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras peticiones del gobierno	• Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para: • Reclamos de compensación laboral • Para propósitos de cumplimiento con la ley o con un oficial que obliga el cumplimento de la ley • Con agencias encargadas de salud para actividades autorizadas por ley • Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial • Nosotros podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden del tribunal o administrativa, o en respuesta a un citatorio.

Sus opciones

Para cierta información de salud, usted nos puede indicar sus opciones sobre lo que podemos compartir nosotros. Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información bajo las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué es lo que quiere que hagamos, y haremos nuestro mejor esfuerzo para seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted cuenta con el derecho y la opción de decirnos que:	• Compartamos información con su familia, amigos u otros involucrados en su atención de salud. • Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre • Tenemos la opción de contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos • Compartamos cierta información sobre su tratamiento de drogas y alcohol Esta información puede requerir su autorización escrita antes de compartirla con cualquiera. *Si usted no es capaz de proporcionar sus preferencias, por ejemplo si está inconsciente, puede que nosotros procedamos y compartamos su información si creemos que es para su mayor beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*
En estos casos nosotros *nunca* compartiremos su información a menos que usted nos proporcione permiso escrito:	• Propósitos de mercadotecnia. • Venta de su información. Nosotros nunca venderá su información. • Compartir (la mayoría) de las notas de psicoterapia.

Nuestras responsabilidades

- Por ley nosotros tenemos la obligación de mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud.
- Nosotros le informaremos inmediatamente si se presenta una violación que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Nosotros debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle a usted una copia de la misma.
- Nosotros no usaremos o compartiremos su información con excepción de lo descrito aquí a menos que usted nos indique por escrito que sí podemos. Si usted nos dice que sí podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.
- Para encontrar información adicional sobre este Aviso, contacte al Funcionario de Privacidad de HHSA usando la información de contacto proporcionada en la página 1 de este Aviso o visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a las condiciones de este aviso: Nosotros podemos cambiar las condiciones de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

- La fecha de vigencia para este aviso es 1º de septiembre de 2014.

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

PAGKIKILALA SA PAUNAWA NG MGA PAMAMALAKAD PARA SA PRIVACY

IMPORMASYON TUNGKOL SA KLIYENTE		
APELYIDO:	PANGALAN:	INISYAL NG GITNANG PANGALAN:
KUNG HINDI KAYO ANG KLIYENTE, PAKI-PRINT ANG INYONG PANGALAN:	IPAHAYAG ANG INYONG RELASYON SA KLIYENTE:	

Ang aming Paunawa sa Mga Pamamalakad sa Privacy ay nagkakaloob ng impormasyon tungkol sa paraan ng aming paggamit at pamamahagi ng inyong medikal na impormasyon. Hinihikayat namin kayo na basahin ito nang lubos.

Ang aming Paunawa sa Mga Pamamalakad sa Privacy ay maaaring sumailalim sa mga pagbabago. Kung baguhin namin ang aming paunawa, maaari kayong makakuha ng kopya ng binagong paunawa sa pamamagitan ng pagpunta sa web site ng County sa, www.cosdcompliance.org, o sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa sinumang tauhan na kalahok sa inyong pangangalaga.

Kung may mga tanong kayo sa aming Paunawa sa Mga Pamamalakad sa Privacy, mangyari lang makipag-ugnayan sa:

HHSA Privacy Officer
County of San Diego
Agency Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 338-2808

Aking kinikilala ang pagtanggap sa Paunawa sa Mga Pamamalakad sa Privacy ng County ng San Diego	
LAGDA:	PETSA:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Paunawa sa Mga
Pamamalakad sa Privacy

HHSA Privacy Officer
PO Box 865524
San Diego, CA 92186-5524
619-338-2808

Ang Inyong Impormasyon. Ang Inyong Mga Karapatan. Ang Aming Pananagutan.

Ang paunawang ito ay naglalarawan kung paano maaaring magamit at ipahayag ang medikal na impormasyon na tungkol sa inyo at paano ninyo maaaring makuha ang impormasyon na ito.

Mangyari lamang na basahin ito ng mainam.

Ang Inyong Mga Karapatan

Pagdating sa inyong impormasyong pangkalusugan, mayroon kayong ilang mga partikular na karapatan. Ang seksyon na ito ay nagpapaliwanag sa inyong mga karapatan at ang ilan sa aming mga pananagutan na makakatulong sa inyo:

Kumuha ng electronic o nasa papel na kopya ng inyong medikal na rekord	Maaari ninyong hilingin na tingnan o kunin ang electronic o nasa papel na kopya ng inyong medikal na rekord at iba pang impormasyong pangkalusugan na tungkol sa inyo na mayroon kami. Itanong sa amin kung paano ito gawin. Kami ay magkakaloob ng kopya ng inyong impormasyong pangkalusugan, na karaniwan ay sa loob ng 30 araw nang inyong hilingin. Maaari kaming maningil ng isang makatuwiran at batay sa gastusin na halaga.
Hilingin mula sa amin na iwasto ang inyong medikal na rekord	Maaari ninyong hilingin sa amin na iwasto ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa inyo na sa palagay ninyo ay hindi wasto o hindi kumpleto. Itanong sa amin kung paano ito gawin. Maaari kaming "tumanggi" sa inyong kahilingan, pero kung tumanggi kami, sasabihin namin ito sa inyo sa isang kasulatan sa loob ng 60 araw.
Humiling ng kompidensyal na komunikasyon	Maaari ninyong hilingin sa amin na makipag-ugnayan sa inyo sa isang partikular na paraan (halimbawa, sa numero ng telepono sa bahay o opisina) o magpadala ng email sa ibang address. Aming "tatanggapin" ang lahat ng mga makatuwirang kahilingan.

Ipinagpapatuloy sa susunod na pahina

Ang Inyong Mga Karapatan

Hilingin sa amin na bigyang limitasyon ang aming ginagamit o ibinabahagi	Maaari ninyong hilingin sa amin na huwag gamitin o ibahagi ang ilang mga impormasyong pangkalusugan para sa paggagamot, pagbabayad, o aming mga operasyon. Hindi iniaatas sa amin na sumang-ayon sa inyong kahilingan, at maaari kaming "tumanggi" kung makaka-apekto ito sa inyong pangangalaga. Kung bayaran ninyo ang isang serbisyo o item para sa pangangalaga ng kalusugan na ganap na out-of-pocket o sariling bayad, maaari ninyong hilingin sa amin na hindi ibahagi ang nasabing impormasyon na iyon sa layunin ng pagbabayad o sa aming operasyon sa inyong tagakaloob ng insurance sa kalusugan. Kami ay "tatanggap" maliban na lang kung hiniling sa amin ng batas na ibahagi iyong impormasyon na iyon.
Kumuha ng listahan ng mga tao na aming ibinahagi ang impormasyon.	Maaari kayong humiling ng listahan (accounting) ng beses na aming ibinahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan ng anim na taon bago ang petsa ng inyong kahilingan, kung kanino namin ito ibinahagi at kung bakit. Isasama namin ang lahat ng mga pagpapahayag maliban na lang sa mga tungkol sa paggagamot, bayad, at mga operasyon na may kinalaman sa pangangalaga ng kalusugan, at ilang iba pang mga pahayag (tulad ng anumang bagay na hiniling ninyo sa amin na gawin). Kami ay magkakaloob ng isang accounting para sa isang taon nang libre pero maniningil ng isang makatwiran at nababatay sa halaga na singilin kung hilingin ninyo ito sa loob ng 12 buwan.
Kumuha ng kopya nitong paunawa sa privacy	Maaari kayong humiling ng kopya na nasa papel ng pabatid na ito kahit kailan, kahit na kayo ay sumang-ayon na tanggapin sa electronic na paraan ang pabatid na ito. Kami ay magkakaloob sa inyo ng isang nasa papel na kopya kaagad.
Pumili ng kikilos para sa inyo	Kung kayo ay nagbigay ng medikal na power of attorney sa isang tao o kung mayroon kayong legal na tagapag-alaga,ang nasabing taong iyon ay maaaring gumamit ng inyong karapatan at pumili para sa inyong impormasyong pangkalusugan. Titiyakin namin na ang nasabing tao ay may kapangyarihan na ito at makakakilos para sa inyo bago kami kumilos.
Magsampa ng reklamo kung nararamdaman ninyo na nalabag ang inyong mga karapatan	• Maaari kayong magreklamo kung sa palagay ninyo ay nalabag namin ang inyong mga karapatan sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa amin gamit ang impormasyon sa pahina 1. • Maaari kayong magsampa ng reklamo sa U.S. Department of Health at Human Services Office for Civil Rights sa pamamagitan ng: pagtawag sa 1-877-696-6775, pagpapadala ng liham sa: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • Hindi kami maghihiganti laban sa inyo sanhi ng inyong pagsasampa ng reklamo.

Ang Aming Mga Gamit at Pagpapahayag

Paano namin karaniwang ginagamit o ibinabahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan?

Karaniwan naming ginagamit o ibinabahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan para

Gamutin kayo	Magagamit namin ang inyong impormasyong pangkalusugan at ibahagi ito sa iba pang mga propesyonal na gumagamot sa inyo.	*Halimbawa*: Ang isang doktor na gumagamot sa inyo para sa karamdaman ay nagtanong sa iba pang doktor tungkol sa inyong pangkalahatang kondisyon ng kalusugan.
Mapamahalaan ang aming organisasyon	Magagamit namin at maibabahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan para makapagkaloob ng mga serbisyo, mapahusay ang pag-aalaga sa inyo, at makipag-ugnayan sa inyo kapag kinakailangan.	*Halimbawa*: Ginagamit namin ang inyong impormasyong pangkalusugan para mapamahalaan kung gaano kahusay kayo naaalagaan ng aming staff.
Singilin kayo sa mga serbisyong ginamit ninyo	Maaari naming gamitin at ibahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan para sumingil at makakuha ng bayad mula sa mga planong pangkalusugan o iba pang mga entity.	*Halimbawa*: Kami ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa inyo sa inyong plano ng insurance sa kalusugan para mabayaran nito ang inyong mga serbisyo.

Paano pa namin magagamit o maibabahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan?

Kami ay pinapahintulutan o hinihiling na ibahagi ang inyong impormasyon sa iba pang mga paraan - na karaniwan ay sa mga paraan na nakakatulong sa kabutihan ng madla, tulad ng pampublikong pangkalusugan at pananaliksik. Dapat kaming makatugon sa maraming mga kondisyon bago namin mababahagi ang inyong impormasyon na para sa mga layuning ito. Para sa mga karagdagang impormasyon, sumangguni sa: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Tulong sa mga isyu sa pampublikong kalusugan at kaligtasan	Maibabahagi namin ang inyong impormasyong pangkalusugan para sa ilang mga situwasyon tulad ng: • Pag-iiwas sa sakit o karamdaman • Pagtulong sa mga pagbawi o pagtanggal sa market ng produkto (recall) • Pag-ulat ng mga salungat na reaksyon sa mga medikasyon • Pag-uulat ng mga napaghinalaang abuso, kapabayaan, o karahasang pantahanan • Pag-iiwas o pagbabawas ng matinding panganib sa kalusugan o kaligtasan ng sinuman
Manaliksik	Magagamit o maibabahagi namin ang inyong impormasyon para sa pananaliksik sa kalusugan.
Makasunod sa batas	Ibabahagi namin ang impormasyon tungkol sa inyo kung iniaata ito ng mga batas ng estado o pederal, kasama na ang Department of Health and Human Services kung gusto nitong makita kung aming sinusunod ang mga batas pederal ukol sa privacy.
Makipagtrabaho sa medical examiner o funeral director	Maibabahagi namin ang impormasyong pangkalusugan sa isang coroner, medical examiner, o funeral director kapag namatay ang isang indibiduwal.
Matugunan ang mga bayad sa manggagawa, pagpapatupad ng batas, at iba pang kahilingan ng pamahalaan	Magagamit o maibabahagi namin ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa inyo: • Para sa mga paghahabol o pag-aangkin para sa bayad sa manggagawa • Para sa layunin ng pagpapatupad ng batas sa isang opisyal ng alagad ng batas • Sa mga ahensya na namamahala sa kalusugan para sa mga aktibidad na awtorisado ng batas • Para sa mga espesyal na tungkulin ng pamahalaan tulad ng militar, pambansang seguridad, at mga serbisyo ng pagprotekta sa presidente • Maibabahagi namin ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa inyo bilang tugon sa isang kautusan ng korte o administratibo, o bilang tugon sa isang subpoena.

Ang Inyong Mga Mapagpipilian

Para sa ilang mga impormasyong pangkalusugan, maaari ninyong sabihin sa amin ang inyong mga napili kung ano ang aming maibabahagi. Kung may malinaw kayong nais sa paraan na aming ibinabahagi ang inyong impormasyon sa mga sitwasyong inilalarawan sa ibaba, kausapin kami. Sabihin sa amin kung ano ang nais ninyong gawin namin, at gagawin namin ang aming makakayanan para masunod ang inyong mga tagubilin.

Sa mga kasong ito, mayroong kayo ng parehong karapatan at paraang pumili para sabihin sa amin na:	• Ibahagi ang impormasyon sa inyong pamilya, kaibigan, o iba pang kalahok sa inyong pag-aalaga • Ibahagi ang impormasyon sa isang sitwasyon ng pagbibigay tulong sa kaganapan ng sakuna • Makipag-ugnayan sa inyo para sa mga pagsisikap sa paglilikom ng pondo • Ibahagi ang ilang impormasyon tungkol sa inyong paggagamot laban sa droga at alak Ang impormasyong ito ay maaaring mangailangan ng inyong nakasulat na awtorisasyon bago namin ito maibabahagi sa kahit na kanino. *Kung hindi ninyo masasabi sa amin ang inyong nais, halimbawa, kung wala kayong malay, maaaring patuloy namin na ibahagi ang inyong impormasyon kung naniniwala kami na ito ay para sa inyong lubusang kapakanan. Maaari rin namin ibahagi ang inyong impormasyon kapag kinakailangan para mabawasan ang isang matindi at hindi namimintong banta sa kalusugan o kaligtasan.*
Sa mga ganitong uri ng kaso *hindi namin kailanman* ibinabahagi ang inyong impormasyon maliban na lang kung nagbigay kayo ng pahintulot na nasa kasulatan:	• Mga layunin ng marketing. • Pagbebenta ng inyong impormasyon. Ang ay hindi kailanman magbebenta ang inyong impormasyon. • Karamihan ng pagbahagi ng mga psychotherapy na tala.

Ang Aming Mga Pananagutan

- Inaatasan kami ng batas na panatilihin ang privacy at seguridad ng inyong protektadong impormasyong pangkalusugan.
- Sasabihin namin kaagad sa inyo kung may paglabag na naganap na maaaring nakakompromiso sa privacy o seguridad ng inyong impormasyon.
- Kailangan namin sundin ang mga tungkulin at pamamalakad sa privacy na inilalarawan sa paunawang ito at bibigyan namin kayo ng kopya nito.
- Hindi namin gagamitin o ibabahagi ang inyong impormasyon nang higit sa inilarawan sa paunawang ito maliban na lang kung sabihin ninyo sa amin na magagawa namin ito sa pamamagitan ng isang kasulatan. Kung pumayag kayo, maaaring magbago ang inyong pasya kahit kailan. Sabihin sa amin sa pamamagitan ng kasulatan kung magbago ang inyong isip.
- Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Paunawang ito, makipag-ugnayan sa HHSA Privacy Officer gamit ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan na nakasaad sa Pahina 1 ng Paunawang ito o tingnan ang: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Mga Pagbabago sa Mga Tuntunin ng Paunawang Ito: Mababago namin ang mga tuntunin sa paunawang ito, at ang mga pagbabago ay gagamitin sa lahat ng impormasyon na mayroon kami tungkol sa inyo. Ang bagong paunawa ay handang makuha kung hilingin, sa aming tanggapan, at sa aming website.

- Ang petsa ng bisa ng Paunawang ito ay Setyembre 1, 2014

NHÌN NHẬN VỀ
THÔNG BÁO VỀ NHỮNG CÁCH TÔN TRỌNG
QUYỀN RIÊNG TƯ

CHI TIẾTVỀ THÂN CHỦ		
HỌ:	TÊN:	TÊN ĐỆM TẮT:
NẾU QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ THÂN CHỦ, HÃY VIẾT TÊN THEO KIỂU CHỮ IN:	CHO BIẾT MỐI LIÊN HỆ CỦA QUÝ VỊ VỚI THÂN CHỦ:	

Thông Báo Về Những Cách Tôn Trọng Quyền Riêng Tư của chúng tôi cho biết cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ các chi tiết y tế của quý vị. Chúng tôi khuyến khích quý vị hãy đọc hết thông báo này.

Thông Báo Về Những Cách Tôn Trọng Quyền Riêng Tưcủa chúng tôi có thể thay đổi. Nếu chúng tôi thay đổi thông báo, quý vị có thể lấy một bản sao của thông báo đã được sửa đổi bằng cách truy cập web site của Quận, www.cosdcompliance.org, hoặc bằng cách liên lạc với một nhân viên có dự phần vào việc chăm sóc cho quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc về Thông Báo Về Những Cách Tôn Trọng Quyền Riêng Tưcủa chúng tôi, xin vui lòng liên lạc:

HHSA Privacy Officer
County of San Diego
Agency Compliance Office
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 338-2808

Tôi nhìn nhận đã nhận được Thông Báo Về Những Cách Tôn Trọng Quyền Riêng Tư của Quận San Diego	
CHỮ KÝ:	NGÀY:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Thông Báo về Việc Giữ Kín

HHSA Privacy Officer
PO Box 865524
San Diego, CA 92186-5524
619-338-2808
www.cosdcompliance.org

Chi Tiết về Quý Vị. Các Quyền Của Quý Vị. Trách Nhiệm Của Chúng Tôi.

Thông báo này giải thích về việc chi tiết y tế của quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ như thế nào và làm sao quý vị có thể xem chi tiết này.

Xin quý vị vui lòng đọc kỹ.

Các Quyền Của Quý Vị

Quý vị có một số quyền về chi tiết sức khỏe của mình. Phần này giải thích về các quyền của quý vị và một số trách nhiệm của chúng tôi để giúp đỡ quý vị:

Lấy một bản sao hồ sơ y tế của quý vị dưới dạng điện tử hoặc bản in	• Quý vị có thể xin xem hoặc lấy một bản sao hồ sơ y tế của mình dưới dạng điện tử hoặc bản in và những chi tiết khác về sức khỏe mà chúng tôi có về quý vị. Hãy hỏi chúng tôi về cách xin. • Chúng tôi sẽ cung cấp một bản ghi chi tiết về sức khỏe của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể tính một khoản lệ phí hợp lý, dựa trên phí tổn.
Yêu cầu chúng tôi điều chỉnh hồ sơ y tế của quý vị	• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi điều chỉnh các chi tiết về sức khỏe của quý vị mà quý vị nghĩ là không đúng hoặc không đầy đủ. Hãy hỏi chúng tôi về cách yêu cầu. • Chúng tôi có thể trả lời "không" đối với yêu cầu của quý vị, nhưng nếu trả lời khôngthì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết lý do trong vòng 60 ngày.
Yêu cầu liên lạc kín đáo	• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một cách nhất định nào đó (thí dụ, qua điện thoại ở nhà hoặc văn phòng) hoặc gửi thư đến một địa chỉ khác. • Chúng tôi sẽ trả lời "được" đối với mọi yêu cầu hợp lý.

Tiếp theo ở trang sau

Yêu cầu chúng tôi hạn chế những gì chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ	• Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đừng sử dụng hoặc tiết lộ một số chi tiết nào đó về sức khỏe để điều trị, trả tiền, hoặc điều hành các hoạt động của chúng tôi. • Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị, và chúng tôi có thể trả lời "không" nếu điều đó ảnh hưởng đến việc chăm sóc quý vị. • Nếu quý vị dùng tiền túi của mình để trả trọn phí tổn một dịch vụ hoặc một vật dụng chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đừng tiết lộ chi tiết đó cho hãng bảo hiểm sức khỏe của quý vị để trả tiền hoặc để cho các công việc của chúng tôi. • Chúng tôi sẽ trả lời "được" trừ khi luật pháp đòi hỏi chúng tôi phải tiết lộ chi tiết đó.
Xin danh sách của những người đã được chúng tôi tiết lộ chi tiết	• Quý vị có thể xin danh sách (liệt kê) những lần chúng tôi đã tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị trong sáu năm trước ngày quý vị xin, những người được chúng tôi tiết lộ chi tiết đó, và lý do. • Chúng tôi sẽ liệt kê tất cả những lần tiết lộ ngoại trừ những lần về điều trị, trả tiền, và hoạt động chăm sóc sức khỏe, và một số lần khác (chẳng hạn như bất cứ lần nào quý vị yêu cầu chúng tôi tiết lộ). Chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí mỗi năm một bản liệt kê nhưng sẽ tính một khoản lệ phí hợp lý, dựa trên phí tổn nếu quý vị xin thêm một bản nữa trong vòng 12 tháng.
Xin một bản sao của thông báo về những cách tôn trọng quyền riêng tư này	• Quý vị có thể xin một bản in của thông báo này vào bất cứ lúc nào, cho dù quý vị đã đồng ý nhận thông báo này bằng phương tiện điện tử. Chúng tôi sẽ cung cấp ngay cho quý vị một bản in.
Chọn một người để quyết định thay cho quý vị	• Nếu quý vị đã ủy quyền quyết định về y khoa cho một người nào đó hoặc nếu có người là giám hộ pháp lý của quý vị, thì người đó có thể hành xử quyền của quý vị và đưa ra các quyết định liên quan đến chi tiết về sức khỏe của quý vị. • Chúng tôi sẽ bảo đảm rằng người đó có thẩm quyền này và có thể quyết định cho quý vị trước khi chúng tôi có bất cứ hành động nào.
Nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy quyền của mình bị vi phạm	• Quý vị có thể khiếu nại nếu cảm thấy chúng tôi đã vi phạm các quyền của quý vị bằng cách liên lạc với chúng tôi theo các chi tiết ở trang 1. • Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng bảo vệ Dân Quyền của Bộ Y Tế và Nhân Vụ Hoa Kỳ (the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) bằng cách: gọi số điện thoại 1-877-696-6775, gửi thư đến: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, hoặc ghé vào www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • Chúng tôi sẽ không trả đũa quý vị vì quý vị nộp đơn khiếu nại.

Việc Chúng Tôi Sử Dụng và Tiết Lộ

Chúng tôi thường sử dụng hoặc tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị như thế nào? Chúng tôi thường sử dụng hoặc tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị để:

Chữa trị quý vị	Chúng tôi có thể sử dụng chi tiết về sức khỏe của quý vị và tiết lộ những chi tiết đó cho các chuyên viên khác đang điều trị cho quý vị.	*Thí Dụ*: Một bác sĩ đang chữa trị một chứng bệnh nào đó cho quý vị hỏi một bác sĩ khác về tình trạng sức khỏe tổng quát của quý vị.
Điều hành tổ chức của chúng tôi	Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ các chi tiết về sức khỏe của quý vị để cung cấp các dịch vụ, cải thiện cách chăm sóc cho quý vị, và liên lạc với quý vị khi cần.	*Thí Dụ*: Chúng tôi sử dụng các chi tiết về sức khỏe của quý vị để quản lý cách chăm sóc chu đáo của nhân viên chúng tôi cho quý vị.
Tính tiền các dịch vụ của quý vị	Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ các chi tiết về sức khỏe của quý vị để tính tiền và nhận tiền của các chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc các thực thể khác.	*Thí Dụ*: Chúng tôi tiết lộ cho công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị những chi tiết về quý vị để họ trả tiền cho những dịch vụ của quý vị.

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị trong những trường hợp nào khác? Chúng tôi được cho phép hoặc bắt buộc phải tiết lộ chi tiết về quý vị trong những trường hợp khác - thường là theo những cách để góp phần công ích, thí dụ như y tế công cộng và công trình nghiên cứu. Chúng tôi phải đáp ứng nhiều điều kiện trước khi có thể tiết lộ chi tiết về quý vị cho những mục đích này. Muốn biết thêm chi tiết hãy xem: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Giúp cho y tế công cộng và những vấn đề về an toàn	Chúng tôi có thể tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị trong một số trường hợp như: • Ngăn ngừa bệnh tật • Giúp thu hồi sản phẩm • Trình báo những phản ứng có hại với thuốc men • Trình báo những trường hợp đáng nghi về tình trạng ngược đãi, bỏ bê, hoặc bạo hành trong nhà • Ngăn ngừa hoặc giảm thiểu tình trạng đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc an toàn của bất cứ người nào
Nghiên cứu	Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ chi tiết về quý vị cho công trình nghiên cứu về sức khỏe.
Tuân hành luật pháp	Chúng tôi sẽ tiết lộ chi tiết về quý vị nếu luật tiểu bang hoặc liên bang bắt buộc phải làm như vậy, kể cả với Bộ Y Tế và Nhân Vụ nếu họ muốn biết chắc rằng chúng tôi tuân hành luật liên bang về quyền riêng tư.
Hợp tác với nhân viên khám nghiệm tử thi hoặc giám đốc nhà	Chúng tôi có thể tiết lộ chi tiết về sức khỏe với một viên chức điều tra pháp y, nhân viên khám nghiệm tử thi, hoặc giám đốc nhà quàn khi có người qua đời.
Giải quyết các vấn đề về bồi thương nhân viên, thực thi luật pháp, và những yêu cầu khác của chính quyền	Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị: • Cho các đơn xin về bồi thường lao động • Cho những mục đích thực thi luật pháp hoặc cho một nhân viên công lực • Cho các cơ quan giám sát y tế về những hoạt động được luật pháp cho phép • Cho những cơ quan đặc biệt của chính quyền như quân đội, an ninh quốc gia, và các dịch vụ bảo vệ tổng thống • Chúng tôi có thể tiết lộ chi tiết về sức khỏe của quý vị để đáp ứng lệnh tòa hoặc chỉ thị hành chánh, hoặc trát đòi ra tòa.

Những Chọn Lựa Của Quý Vị

Đối với một số chi tiết về sức khỏe, quý vị có thể cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi tiết lộ những gì. Nếu quý vị biết rõ ý muốn của mình về cách chúng tôi tiết lộ chi tiết về quý vị trong những trường hợp dưới đây, hãy cho chúng tôi biết. Cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi làm gì, và chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để làm theo chỉ dẫn của quý vị.

Trong những trường hợp này, quý vị có cả quyền lẫn chọn lựa để cho chúng tôi biết phải:	• Tiết lộ chi tiết cho gia đình của quý vị, bạn bè, hoặc những người khác có dự phần vào việc chăm sóc cho quý vị • Tiết lộ chi tiết trong trường hợp cứu trợ tai họa • Liên lạc với quý vị về những nỗ lực để gây quỹ. • Tiết lộ một số chi tiết về việc điều trị cho quý vị về ma túy và rượu bia. Những chi tiết này có thể đòi hỏi quý vị phải viết thư cho phép trước khi chúng tôi có thể tiết lộ chi tiết đó cho bất cứ ai. *Nếu quý vị không thể cho chúng tôi biết ý muốn của mình, thí dụ nếu quý vị bất tỉnh, chúng tôi có thể tự tiết lộ chi tiết về quý vị nếu chúng tôi tin rằng đó là điều có lợi nhất cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ chi tiết về quý vị khi cần thiết để giảm bớt một mối đe dọa nghiêm trọng và tức thời cho sức khỏe hoặc an toàn.*
Trong những trường hợp này chúng tôi *không bao giờ* tiết lộ chi tiết về quý vị trừ khi quý vị viết thư cho phép chúng tôi:	• Cho những mục đích tiếp thị. • Bán dữ kiện về quý vị. Chúng sẽ không bao giờ bán dữ kiện về quý vị. • Đa số các trường hợp tiết lộ hồ sơ chữa trị tâm lý.

Trách Nhiệm Của Chúng Tôi

- Luật pháp bắt buộc chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư và an ninh cho chi tiết về sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết ngay nếu bị vi phạm mà có thể làm hại đến quyền riêng tư hoặc an ninh của chi tiết về quý vị.
- Chúng tôi phải làm theo những bổn phận và những cách tôn trọng quyền riêng tư được nêu trong thông báo này và trao cho quý vị một bản sao.
- Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ chi tiết về quý vị ngoài những gì đã được nêu ở đây trừ khi quý vị viết thư cho biết chúng tôi có thể tiết lộ. Nếu quý vị cho biết chúng tôi có thể tiết lộ, quý vị có thể đổi ý bất cứ lúc nào. Hãy viết thư cho chúng tôi biết nếu quý vị đổi ý.
- Để biết thêm chi tiết về Thông Báo này, hãy liên lạc với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư HHSA bằng những chi tiết liên lạc ở Trang 1 của Thông Báo này hoặc xem: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Thay Đổi về Những Điều Khoản của Thông Báo Này: Chúng tôi có thể thay đổi những điều khoản của thông báo này, và những thay đổi đó sẽ áp dụng cho tất cả các chi tiết chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ được cung cấp khi có yêu cầu, tại văn phòng của chúng tôi, và trên web site của chúng tôi.

- Ngày có hiệu lực của Thông Báo này là ngày 1 tháng Chín, 2014

معلومات العميل		
اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
إذا لم تكن العميل، فاكتب اسمك:	بيّن علاقتك بالعميل:	

يوفر إشعار ممارسات الخصوصية معلومات حول الكيفية التي يمكننا من خلالها استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها. نوصيك بقراءته بالكامل.

يخضع إشعار ممارسات الخصوصية للتغيير. وإذا قمنا بتغيير الإشعار، يمكنك الحصول على نسخة من الإشعار المراجع بالوصول إلى موقع الويب الخاص بالمقاطعة، www.cosdcompliance.org، أو بالاتصال بأي موظف من الموظفين المعنيين برعايتك.

إذا كانت لديك أية استفسارات بخصوص إشعار ممارسات الخصوصية، برجاء الاتصال بـ:

HHSA Privacy Officer (مسؤول الخصوصية في هيئة الخدمات الصحية والبشرية)
County of San Diego (مقاطعة سان دييجو)
Agency Compliance Office (مكتب التزام الهيئات)
P.O. Box 85524 (Mail Stop: P501)
San Diego, CA 92186-5524
(619) 338-2808

أقر باستلام إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بمقاطعة سان دييجو	
التوقيع:	التاريخ:

إشعار ممارسات الخصوصية

HHSA Privacy Officer
(مسؤول الخصوصية في هيئة الخدمات الصحية والبشرية)
PO Box 865524
San Diego, CA 92186-5524
2808-338-619

معلوماتك.
حقوقك.
مسؤوليتنا.

يوضح هذا الإشعار الكيفية التي يمكن بها استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات.

برجاء مراجعتها بعناية.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، لديك حقوق معينة. يوضح هذا القسم حقوقك وبعض المسؤوليات التي نتحملها لمساعدتك:

الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي	• يمكنك طلب الاطلاع أو الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي والمعلومات الصحية الأخرى التي نمتلكها عنك. استفسر منّا عن كيفية القيام بهذا. • سنزودك بنسخة من معلوماتك الصحية، عادة خلال 30 يومًا من طلبك. وقد نحدد رسومًا معقولة تعتمد على التكلفة.
طلب تصحيح سجلك الطبي	• يمكنك أن تطلب منّا تصحيح المعلومات الصحية الخاصة بك والتي تعتقد أنها غير صحيحة أو غير مكتملة. استفسر منّا عن كيفية القيام بهذا. • يجوز لنا "رفض" طلبك، لكن في حالة الرفض سنخبرك بذلك كتابيًا خلال 60 يومًا.
طلب الاتصالات السرية	• يمكنك أن تطلب منّا الاتصال بك بطريقة خاصة (على سبيل المثال، على هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال بريد لعنوان مختلف. • سوف "نقبل" كل الطلبات المعقولة.

تابع في الصفحة التالية

طلب تحديد ما نستخدمه أو نكشف عنه

- يمكنك أن تطلب منّا عدم استخدام أو الكشف عن معلومات صحية معينة بخصوص العلاج، أو الدفع، أو عملياتنا.
- نحن غير ملزمون بالموافقة على طلبك، ويجوز لنا "رفضه" إذا كان يؤثر على رعايتك.
- عند دفع مصروفات فعلية تمامًا مقابل خدمة أو رعاية صحية، يمكنك أن تطلب منّا عدم الكشف عن تلك المعلومات المتعلقة بغرض الدفع أو عملياتنا للجهة المؤمنة على صحتك.
- سوف "نقبل" طلبك ما لم يفرض القانون علينا الكشف عن تلك المعلومات.

الحصول على قائمة بمن كشفنا لهم عن المعلومات

- يمكنك أن تطلب منّا قائمة (محاسبة) بالمرات التي كشفنا فيها عن معلوماتك الصحية لست سنوات قبل تاريخ طلبك، ولمن كشفنا عنها، وسبب الكشف عنها.
- سنقوم بتضمين كل مرات الكشف باستثناء تلك الخاصة بالعلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض مرات الكشف الأخرى (مثل المرات التي طلبت منا فيها الكشف عن المعلومات). وسنقدم محاسبة واحدة في السنة مجانًا لكننا سنحدد رسومًا معقولة تعتمد على التكلفة إذا طلبت مرة أخرى خلال 12 شهرًا.

الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية

- يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا وافقت على الحصول على الإشعار بصورة إلكترونية. وسنقدم لك نسخة ورقية على وجه السرعة.

اختيار شخص ينوب عنك

- إذا منحت شخصًا بعينه توكيل رسمي طبي أو إذا كان هناك شخص ما هو الوصي القانوني عليك، فبإمكان ذلك الشخص ممارسة حقوقك وتحديد الخيارات المتعلقة بمعلوماتك الصحية.
- سنتأكد أن الشخص لديه التفويض اللازم وأنه يمكنه أن ينوب عنك قبل أن نتخذ أي إجراء.

تقديم شكوى إذا كنت تشعر أن هناك انتهاك لحقوقك

- يمكنك التقدم بشكوى إذا شعرت أننا انتهكنا حقوقك من خلال الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة في الصفحة 1.
- يمكنك التقدم بشكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية من خلال: الاتصال على الرقم 1-877-696-6775، أو إرسال خطاب على العنوان: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو زيارة الموقع www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- لا تقلق، لن تدفعنا شكواك للتعامل معك بصورة انتقامية.

ما الصورة النموذجية لاستخدامنا لمعلوماتك الصحية أو الكشف عنها؟ نحن نستخدم معلوماتك الصحية أو نكشف عنها في العادة بغرض:

علاجك	• يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لأطراف مهنية أخرى تعالجك.	مثال: طبيب يعالجك من مرض معين يسأل طبيبًا آخر عن حالتك الصحية عمومًا.
إدارة مؤسستنا	• يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها لتوفير الخدمات، وتحسين مستوى رعايتك، والتواصل معك عند الضرورة.	مثال: نستخدم معلومات صحية عنك لإدارة الرعاية الجيدة التي يوفرها فريقنا لك.
فاتورة خدماتك	• يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها للفوترة وتحصيل الأجر من الخطط الصحية أو الكيانات الأخرى.	مثال: نكشف معلومات عنك لخطة تأمينك الصحي بحيث تدفع مقابل خدماتك.

ما الطرق الأخرى لاستخدام المعلومات الصحية والكشف عنها؟ يُسمح لنا أو يتعين علينا الكشف عن معلوماتك بطرق أخرى – في العادة بطرق تسهم في الصالح العام، مثل الصحة العامة والأبحاث. ويجب علينا الوفاء بشروط متعددة قبل أن نتمكن من الكشف عن معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات راجع: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

المساعدة في مشكلات الصحة والسلامة العامة	• يمكننا الكشف عن معلوماتك الصحية في حالات معينة مثل: • الوقاية من المرض • المساعدة في عمليات استدعاء المنتجات • الإبلاغ عن التفاعلات العكسية للأدوية • الإبلاغ عن أي اشتباه في إدمان، أو إهمال، أو عنف منزلي • الوقاية أو الحد من أي تهديد خطير لصحة أو سلامة أي شخص
إجراء الأبحاث	• يمكننا استخدام معلوماتك أو الكشف عنها لأغراض الأبحاث الصحية.
الالتزام بالقانون	• سنكشف عن معلومات عنك إذا كانت القوانين المحلية أو الفيدرالية تنص على ذلك، كأن نكشف عنها لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا احتاجت إلى إثبات التزامنا بقانون الخصوصية الفيدرالي.
العمل مع الطبيب الشرعي أو متعهد الجنازات	• في حالة وفاة الشخص صاحب المعلومات يمكننا الكشف عن المعلومات الصحية للمحقق في أسباب الوفاة، أو للطبيب الشرعي، أو لمتعهد الجنازات.
تعويضات العمال، وإنفاذ القانون، والطلبات الحكومية الأخرى	• يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها: • لمطالبات تعويضات العمال • لأغراض إنفاذ القانون أو للكشف عنها لمسؤول إنفاذ القانون • لهيئات الرقابة الصحية للتحقق من الأنشطة التي يصرح بها القانون • للمهام الحكومية الخاصة مثل الأمور العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية • يمكننا الكشف عن معلوماتك الصحية استجابة لطلب محكمة أو لأمر إداري، أو استجابة لمذكرة استدعاء.

خياراتك

بالنسبة إلى بعض المعلومات الصحية، يمكنك أن تخبرنا بخياراتك بخصوص ما نكشف عنه. إذا كان لديك حق اختيار واضح بخصوص كيفية الكشف عن معلوماتك في الحالات الموضحة بالأسفل، فتحدث إلينا. أخبرنا بما تريدنا القيام به، وسنبذل قصارى جهدنا للالتزام بتعليماتك.

في هذه الحالات، لديك الحق والخيار في إخبارنا بـ:

- الكشف عن المعلومات لأسرتك، أو أصدقائك، أو لآخرين معنيين برعايتك
- الكشف عن المعلومات في حالة الإغاثة في حالات الكوارث
- الاتصال بك بخصوص جهود جمع الأموال.
- الكشف عن معلومات معينة عن علاجك من الإدمان والكحول. وقد تستلزم هذه المعلومات تصريحك بها كتابيًا قبل أن نتمكن من الكشف عنها لأي شخص.

إذا تعذر عليك إخبارنا بقرارك الذي تفضله، كأن تكون مثلاً في حالة لا وعي، يجوز لنا المضي قدمًا والكشف عن معلوماتك إذا رأينا أن ذلك في مصلحتك. كما يجوز لنا الكشف عن معلوماتك إذا لزم الأمر للحد من أي تهديد خطير ووشيك على الصحة أو السلامة.

في هذه الحالات نمتنع مطلقًا عن الكشف عن معلوماتك ما لم تمنحنا إذنًا كتابيًا:

- أغراض التسويق.
- بيع معلوماتك. لن يبيع معلوماتك مطلقًا.
- الكشف عن ملاحظات العلاج النفسي.

مسؤولياتنا

- يلزمنا القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية وأمانها.
- سنخبرك على وجه السرعة عند حدوث أي خرق للقانون يعرض خصوصية معلومات أو أمانها للخطر.
- يجب علينا الالتزام بالواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نكشف عنها بخلاف ما هو منصوص عليه هنا ما لم تصرّح لنا بذلك كتابيًا. وإذا ما صرّحت لنا بذلك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. لكن عليك أن تخبرنا كتابيًا بتغيير رأيك.
- للحصول على معلومات إضافية حول هذا الإشعار، اتصل بمسؤول الخصوصية في HHSA باستخدام معلومات الاتصال الواردة في الصفحة 1 من هذا الإشعار أو راجع: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

تغييرات بنود هذا الإشعار: يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار، وستنطبق التغييرات على كافة المعلومات التي نمتلكها عنك. وسيتوفر الإشعار الجديد عند طلبه، وفي مكتبنا، وعلى موقعنا على شبكة الويب.

- يسري هذا الإشعار اعتبارًا من 1 سبتمبر 2014