

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL**

Puede usar esta solicitud para solicitar únicamente asistencia para cuidado infantil no garantizada. Si desea solicitar otros beneficios estatales, como asistencia para cuidado infantil garantizada, utilice el formulario [Solicitud de ciertos beneficios y servicios del estado de Nueva York, LDSS-2921](#). Puede hablar con el departamento de servicios sociales de su localidad si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.

**Conteste todas las preguntas que no digan "opcional". Escriba con letra clara. No escriba en los espacios sombreados.**

## Háblenos sobre usted.

Nombre completo (incluya su nombre y apellido).			Seudónimos:		
Dirección Calle y número:	Depto./Piso:	Ciudad:	Estado:	Condado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente) Calle y número:	Depto./Piso:	Ciudad:	Estado:	Condado:	Código postal:
Número de teléfono ( ) -	Tipo de número de teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa/fijo <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo				
Correo electrónico (esto es opcional).					
¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? (Esto es opcional). <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otra opción (explique.)					
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra opción (explique.):					
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					

## ¿Usted, o alguno de los adultos que presentan la solicitud con usted, recibe alguno de los siguientes beneficios?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid  | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Energética para el Hogar (HEAP)                                     | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start    |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) | <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)   | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo de TANF |
| <input type="checkbox"/> Vales o asistencia para vivienda                        | <input type="checkbox"/> Otros programas de asistencia federal, tales como Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) | <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones      |

## Háblenos sobre las circunstancias de su hogar.

¿Alguna de estas condiciones se aplica a usted o a cualquiera de los adultos que presentan la solicitud con usted?

- Sin hogar (no tiene un lugar fijo, regular y adecuado para pasar la noche)  Sí     No
- Uno de los padres está en servicio activo (a tiempo completo) en las **fuerzas militares de EE. UU.**  Sí     No
- Uno de los padres es miembro de la **Guardia Nacional** o de una **unidad de reserva militar.**  Sí     No
- Está recibiendo o ha solicitado otros fondos para cuidado infantil.  Sí     No
  - Si contestó que sí, escriba el nombre de la agencia: \_\_\_\_\_
- Motivos por los que necesita cuidado infantil: \_\_\_\_\_

## Háblenos sobre todos los miembros de su hogar.

LN	Nombre y apellido	Fecha De Nacimiento (mm-dd-aaaa)	Sexo (M/F/X)	Relación Con Usted	Identidad de género Esto es opcional. (Por favor describa).	Número Del Seguro Social (SSN) Opcional)	Escriba S (Sí) o N (No) para cada raza* (Opcional)						PARA CADA MENOR que necesite cuidado infantil, (Marque Sí o No)			
							H	I	A	B	P	W	¿Este menor necesita cuidado infantil? (Marque Sí o No)	¿El menor es ciudadano/nacional de EE. UU. o tiene una situación migratoria satisfactoria?	¿El menor tiene necesidades especiales?	¿Los dos padres viven en el hogar?
1		/ /		YO								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10.		/ /										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

\* Códigos de filiación racial: H – Hispano, I – Indígena americano o nativo de Alaska, A – Asiático, B – Negro o afroamericano, P – Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico, W – Blanco

*Si necesita más espacio, o si hay más información que cree que podríamos necesitar, puede usar páginas adicionales.*

## Háblenos sobre los padres que no viven en el hogar.

*Escriba los nombres de todos los menores que necesiten cuidado infantil y cuyo padre o madre no viva en el hogar.*

Nombres de los hijos menores de 19 años	¿El padre o la madre ausente está disponible para brindar cuidado?	Si contestó que no, escriba el motivo.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Háblenos sobre su empleo y sus otras actividades.

¿Necesita cuidado infantil porque está <b>trabajando</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está a punto de iniciar un nuevo empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, fecha de inicio:    /    /			¿Está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE DEL EMPLEADOR				TOTAL DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		¿Su horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>HORARIO DE TRABAJO HABITUAL</b> – Si su horario cambia, escriba su horario de la semana pasada.	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>
¿Tiene más de un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, use páginas adicionales para darnos más información sobre sus otros empleos.							

¿Necesita cuidado infantil porque está en un <b>programa de capacitación para el empleo</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está a punto de iniciar un programa de capacitación para el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, fecha de inicio:    /    /			¿Su horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE/CENTRO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN				TOTAL DE HORAS DE CAPACITACIÓN POR SEMANA		¿Su horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>HORARIO DE CAPACITACIÓN HABITUAL</b> – Si su horario cambia, escriba su horario de la semana.	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>

¿Necesita cuidado infantil porque asiste a la <b>universidad o toma clases</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está a punto de iniciar la universidad o las clases? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, fecha de inicio:    /    /			¿Su horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE DE LA ESCUELA O UNIVERSIDAD				TOTAL DE HORAS DE CLASES POR SEMANA		¿Su horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>HORARIO DE CLASES HABITUAL</b> – Si su horario cambia, escriba su horario de la semana pasada.	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>

## Háblenos de los otros adultos que presentan la solicitud con usted y de sus actividades.

¿A quién corresponde esta información laboral? (Marque una opción). <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> El otro padre o madre <input type="checkbox"/> Otro adulto		¿Tiene más de un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, use páginas adicionales.					
¿El adulto <b>está trabajando</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El adulto está a punto de iniciar un nuevo empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio:    /    /		¿El adulto está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
NOMBRE DEL EMPLEADOR			TOTAL DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	¿El horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>HORARIO DE TRABAJO HABITUAL</b> – Si el horario cambia, escriba el horario de la semana pasada.	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>
¿El adulto está en un <b>programa de capacitación para el empleo</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El adulto está a punto de iniciar un programa de capacitación para el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, fecha de inicio:    /    /			¿El horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NOMBRE/CENTRO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN			TOTAL DE HORAS DE CAPACITACIÓN POR SEMANA		¿El horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>HORARIO DE CAPACITACIÓN HABITUAL</b> – Si el horario cambia, escriba el horario de la semana	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>

¿El adulto asiste a la <b>universidad o toma clases</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿El adulto está a punto de iniciar la universidad o las clases? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, fecha de inicio:    /    /			
NOMBRE DE LA ESCUELA O UNIVERSIDAD				TOTAL DE HORAS DE CLASES POR SEMANA		¿El horario cambia de una semana a otra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>HORARIO DE CLASES HABITUAL –</b> <i>Si el horario cambia, escriba el horario de la semana pasada.</i>	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>

## Háblenos sobre los ingresos de su hogar.

Díganos si usted, o alguno de los adultos que presenta la solicitud con usted, recibe dinero por alguno de los siguientes conceptos:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)
Ingresos por trabajo (incluyen sueldos/salarios, horas extra, comisiones, programas de capacitación, propinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ingresos netos de empleos por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pagos de manutención de menores (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pensión por divorcio/Manutención conyugal (recibida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beneficios del seguro de desempleo, compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beneficios del Seguro Social (incluya SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beneficios por discapacidad (estado de Nueva York, Asuntos de Veteranos, privados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ingresos por alquileres, huéspedes o inquilinos (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Dividendos/Intereses - Acciones, bonos, ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pensiones y anualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Subsidios de asistencia pública, beneficios de la red de seguridad ( <i>Safety Net</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Otros (especifique.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## Consentimientos y firma

Lea los términos, marque la casilla y firme la solicitud. Al presentar esta solicitud, declaro que: <ul style="list-style-type: none"> <li>Quiero solicitar asistencia para cuidado infantil. He contestado esta solicitud con honestidad, y está completa en la medida de mi conocimiento.</li> <li>Recibir asistencia no afectará mi situación migratoria, ni la de mi familia. La información migratoria es privada y confidencial.</li> <li>Los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.</li> </ul> <input type="checkbox"/> Declaro que la información que proporcioné en esta solicitud es correcta y está completa, en la medida de mi conocimiento.		
SU FIRMA X	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA DE LA FIRMA /    /
FIRMA DE OTRO ADULTO X	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA DE LA FIRMA /    /



# Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"

- Si marcó SÍ, complete la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE de abajo**
- NO** porque opté por no registrarme **O**
- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**
- Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

## ¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al **1-800-367-8683**

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: **1-800-367-8683**

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 **1-800-367-8683**으로 전화 하십시오.

**1-800-367-8683**

স্বিবে পক্ষি কৰি

## SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Necesito solicitar una boleta para votantes ausentes **Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra**  Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		2	A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá "pendiente" y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		For Board Use Only
	Si su respuesta es NO, <u>no complete</u> este formulario.			Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.		
3	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo		
4	Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal)		N.º de apto.	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal	Condado
5	Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior)		P.O. Box, Star Route, etc.	Oficina de correos	Código postal	
6	Fecha de nacimiento / /	7	Sexo (opcional)	8	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)
10	Año en que votó por última vez	Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)		9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)	
	En el condado/estado	Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)			<input type="checkbox"/> Número del DMV del estado de Nueva York <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social <input type="checkbox"/> No tengo un número del DMV del estado de Nueva York ni de Seguridad Social	
11	Partido político		12		Declaración jurada: Juro o declaro que	
	<input type="checkbox"/> Deseo afiliarme a un partido político <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante <input type="checkbox"/> Ningún partido					
		Firma o marca con tinta		/ /		Fecha

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

Apellido		
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Dirección		
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies pulgadas	
Correo electrónico	Número del DMV o de id. de NYC	

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

¡Importante!

## Calificaciones para el registro

### Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

### Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
Teléfono: **1-800-469-6872**;

los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711; o visitar nuestro sitio web: [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

---

## Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

### Para completar este formulario:

**Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.**

**Casilla 9:** debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

**Casilla 10:** si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "(?)".

Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

**Casilla 11:** marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.

---