

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

Teléfono celular

Teléfono de casa/fijo

Teléfono del trabajo

Correo electrónico (esto es opcional).

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? (Esto es opcional).

Teléfono

Correo electrónico

Otra opción (explique.)

Idioma principal

Inglés

Español

Otra opción (explique.):

Estado civil

Soltero

Casado

Divorciado

Separado

Viudo

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

Medicaid

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Vales o asistencia para vivienda

Programa de Asistencia Energética Doméstica (HEAP)

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Otros programas de asistencia federal, tales como Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)

Head Start/Early Head Start

Asistencia en efectivo de TANF

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-AA)	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 indicar si es hispano o latinox					¿Este menor necesita cuidado infantil? (S/N)	PARA CADA MENOR que necesite cuidado infantil,			
							H	Escriba S (Sí) o N (No) para cada raza* (Opcional)					¿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?	
								I	A	B	P					W
1		/ /		YO												
2		/ /														
3		/ /														
4		/ /														
5		/ /														
6		/ /														
7		/ /														
8		/ /														

* 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 trabajando ? <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		
HORARIO DE TRABAJO HABITUAL – Si su horario cambia, escriba su horario de la semana pasada.		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
¿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 programa de capacitación para el empleo ? <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		
HORARIO DE CAPACITACIÓN HABITUAL – Si su horario cambia, escriba su horario de la semana.		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

¿Necesita cuidado infantil porque asiste a la universidad o toma clases ? <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		
HORARIO DE CLASES HABITUAL – Si su horario cambia, escriba su horario de la semana pasada.		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

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 está trabajando ? <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		
HORARIO DE TRABAJO HABITUAL – Si el horario cambia, escriba el horario de la semana pasada.		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
¿El adulto está en un programa de capacitación para el empleo ? <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		
HORARIO DE CAPACITACIÓN HABITUAL – Si el horario cambia, escriba el horario de la semana		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

¿El adulto asiste a la universidad o toma clases ? <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		
HORARIO DE CLASES HABITUAL – <i>Si el horario cambia, escriba el horario de la semana pasada.</i>	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

Háblenos sobre los ingresos de su hogar.

Díganos si usted, o alguno de los adultos que presentan 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, incapacidad 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 avisos

INFORMES DE CAMBIOS – Entiendo que soy responsable de informar *de inmediato* al distrito de servicios sociales sobre cualquier cosa que pueda cambiar mi elegibilidad o mis beneficios, incluyendo los cambios en mis ingresos familiares, las personas que residen en mi vivienda, mi empleo, los arreglos para el cuidado de mis hijos y otros cambios que puedan afectar mi elegibilidad o la cantidad de mi beneficio.

SANCIONES – Las leyes federales y estatales contemplan sanciones (que incluyen multas y penas de prisión) en caso de que no sea veraz al solicitar asistencia para cuidado infantil, cuando se le hagan preguntas sobre su elegibilidad o si hace que alguien más falte a la verdad respecto a su solicitud o elegibilidad. También se impondrán sanciones si oculta o no revela hechos relacionados con su elegibilidad para asistencia para cuidado infantil, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de recibir asistencia para cuidado infantil de alguien más por quien usted presentó una solicitud. Si es un representante autorizado y presenta una solicitud por otra persona, la asistencia para cuidado infantil debe ser utilizada por esa persona y no por usted. Las leyes prohíben ocultar información o dar información falsa con el fin de recibir asistencia para cuidado infantil.

CIUDADANÍA – Entiendo que recibir asistencia no afectará a mi situación migratoria, ni la de mi familia. La información migratoria es privada y confidencial y entiendo que esa información solamente se usará para tomar decisiones sobre el Programa de Asistencia para Cuidado Infantil.

CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN – Al firmar esta solicitud, me comprometo a cooperar plenamente con todas las investigaciones que busquen verificar o confirmar la información que he proporcionado, así como con todas las investigaciones relacionadas con mi solicitud de asistencia para cuidado infantil. Proporcionaré información adicional si se me solicita.

RECURSOS – Confirmo que los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.
JURISDICCIÓN – Entiendo que, si me mudo fuera del distrito de servicios sociales que determinó mi elegibilidad para la asistencia para cuidado infantil, la información referente a mi persona, mis hijos y todas las personas que residen en mi vivienda puede ser entregada a cualquier distrito de servicios sociales al que me mude en el estado de Nueva York. Al firmar esta solicitud, permito que la información que está en el expediente de mi caso de cuidado infantil sea entregada al nuevo distrito de servicios sociales al que me mude, para dar continuidad a mi elegibilidad.
NO DISCRIMINACIÓN – Esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta mi raza, color de piel, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidades, credo religioso, país de origen, creencias políticas o cualquier otro factor que prohíba la ley.

Declaración y firma

Lea los avisos y acuerdos anteriores, marque la casilla y firme la solicitud. Al marcar la casilla y presentar esta solicitud, usted declara lo siguiente:		
<ul style="list-style-type: none"> Declaro que he leído y entendido los avisos de la sección anterior. Entiendo y acepto los consentimientos de la sección anterior Quiero solicitar asistencia para cuidado infantil. He contestado esta solicitud con honestidad, y está completa en la medida de mi conocimiento. 		
<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 / /

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:			
NOMBRE DEL CASO:	NÚMERO DE CASO:	TIPO DE CASO DEL DISTRITO: 40	FECHA DE LA SOLICITUD: / /
TIPO DE TRANSACCIÓN DE SERVICIOS: <input type="checkbox"/> Apertura nueva <input type="checkbox"/> Reapertura <input type="checkbox"/> Recertificación		DISPOSICIÓN: <input type="checkbox"/> Denegación Código de motivo: <input type="checkbox"/> Retiro	
ELEGIBILIDAD DETERMINADA POR:		FECHA: / /	
ELEGIBILIDAD APROBADA POR:		FECHA: / /	
AUTORIZACIÓN DE CUIDADO INFANTIL (FECHAS): DEL / / AL / /		COMENTARIOS:	
CIN L1:	CIN L4:		
CIN L2:	CIN L5:		
CIN L3:	CIN L6:		



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?"

- Sí** 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.

বিরে পক্ষি করি

1-800-367-8683

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 Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.		For Board Use Only	
	Si su respuesta es NO, no complete este formulario.						
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) <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	
	En el condado/estado	Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)					
11	Partido político					12	Declaración jurada: Juro o declaro que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones. • Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York. • La firma o la marca que aparece abajo es de mi puño y letra. • La información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.
	<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						
<p>_____/_____/_____ Firma o marca con tinta Fecha</p>							

(Opcional) Inscríbese para donar sus órganos y tejidos

Apellido		
Primer nombre	Inicial del segundo	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

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.

¡Importante!

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

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.
