

Заявление

Программа конфиденциальности адресных данных

Инструкции:



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
Телефон: (518) 474-7306
Бесплатная связь: (855) 350-4595
Факс: (518) 474-0709
Электронная почта:
ACP@dos.ny.gov
Интернет: www.dos.ny.gov/acp

Для того, чтобы стать участником программы конфиденциальности адресных данных (Address Confidentiality Program), необходимо заполнить и подать настоящее заявление.

Чтобы понять, как заполнять настоящую форму, заявители должны ознакомиться с приведенными ниже инструкциями.

Раздел 1 - Информация об участнике

Имя основного участника

Лицо, подающее заявление на участие в программе, может быть совершеннолетним лицом и являться жертвой бытового насилия, психологического террора, сексуальных домогательств и/или торговли людьми, которое опасается за свою безопасность и, в связи с этим, вынужденно покинуло место проживания из-за жестокого/неадекватного отношения к себе. Заявителем также может быть родитель или официальный опекун, подающий заявление от имени несовершеннолетнего лица (моложе 18 лет) или от имени недееспособного лица; в этом случае заявитель должен иметь полномочия, дающие ему право действовать от имени таких лиц. Заявитель должен отметить соответствующее поле в Разделе 3, чтобы обозначить, от чьего имени подается заявление: от его собственного имени или же от имени несовершеннолетнего или недееспособного лица. В последнем случае лицо, подающее заявление, также должно подписать заявление под присягой (аффидевит).

Необходимо указать полное имя и дату рождения участника.

Также укажите все имена, под которыми вы известны в настоящее время или были известны в любой момент времени в прошлом.

Если, из соображений безопасности, вы хотели бы использовать другое имя для получения корреспонденции, также укажите это имя.

Прочие участники

В этом разделе также можно указать других членов семьи основного участника, которые также претендуют на участие в программе АСР для того, чтобы основной участник мог пребывать в безопасности. В заявление также можно включить несовершеннолетнее лицо, недееспособное лицо или же совершеннолетнее лицо, проживающее в семье, выражающее согласие на участие в программе. Другие совершеннолетние лица, проживающие в семье основного участника, также должны подписать заявление под присягой (аффидевит), приведенное в Разделе 4.

Заявитель также должен указать, являются ли члены семьи несовершеннолетними, недееспособными ли прочими совершеннолетними лицами, проживающими в семье. Необходимо указать полное имя и дату рождения каждого члена семьи.

Помните, что если несовершеннолетнее лицо становится совершеннолетним (по достижении 18-летнего возраста), чтобы иметь право на дальнейшее участие в программе АСР, оно должно заполнить и подать собственное заявление и подписать Раздел 4. Если новое совершеннолетнее лицо в составе семьи не заполнит и не подаст такое заявление, оно потеряет право на участие в программе.

Чтобы добавить новых участников, можно сделать необходимое количество копий этой страницы и приложить к заявлению.

Фактический адрес основного участника

Это адрес, по которому основной участник фактически проживает. Участники должны заполнить данный раздел и указать всю информацию, в том числе название округа. Фактическим адресом не может быть адрес абонентского ящика. Участниками программы АСР могут быть только жители штата Нью-Йорк. Основной участник должен предоставить номер телефона, чтобы работники программы АСР могли с ним связаться. Необходимо также предоставить альтернативный номер телефона, по которому с участником можно безопасно передать информацию. Программа АСР рекомендует участникам указывать информацию о времени суток, в которое им удобнее всего принимать звонки.

Почтовый адрес основного участника

Это адрес, по которому основной участник желает получать почту. Если этот адрес совпадает с адресом проживания, этот раздел можно не заполнять. Программа АСР может направлять почту на адрес абонентского ящика или же на адрес, не являющийся фактическим адресом участника.

В случае изменения этого адреса, обратитесь в Программу конфиденциальности адресных данных и получите инструкции о действиях, которые необходимо предпринять в случае изменения адреса или же используйте форму Уведомления об изменениях/отзыве (АСР Change/Withdraw Notice, DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-l-a.pdf>). Не подавайте уведомления об изменении данных в отделениях почтовой службы США.

Адрес электронной почты: Укажите адрес электронной почты в качестве еще одного метода связи с вами представителей программы АСР.

Идентификационный номер в программе АСР

Идентификационный номер программы является уникальным номером программы, который выдается каждому основному участнику программы АСР. Если участник принимает участие в программе впервые, он получит такой идентификационный номер по почте. Если в заявлении указан участник, которому уже присвоен идентификационный номер, такой номер участника программы АСР необходимо указать в заявлении.

Инструкции по заполнению заявления

Программа конфиденциальности адресных данных (АСР) - продолжение

Пароль

Участник программы должен предусмотреть секретное слово (пароль) на заявлении, чтобы в безопасном режиме вносить любые изменения в данные учетной записи участника. Таким образом предупреждается несанкционированный доступ к учетной записи с целью внесения изменений в ее данные. Храните пароль в надежном месте.

Необходимо предусмотреть подсказку для участников программы, по которой они смогут запомнить пароль. Если участник программы не сможет запомнить пароль при заполнении уведомления об изменениях, ему необходимо позвонить работнику программы АСР, который передаст ему подсказку к паролю.

Раздел 2 - Контрольный список для участников программы

Заявитель должен внимательно прочитать и понять каждый пункт контрольного списка в этом разделе. Сотрудник, помогающий заполнить заявление, может разъяснить значение каждого пункта списка. Заявитель должен отметить инициалами каждый пункт списка, подтверждая свое понимание и согласие с ними.

Раздел 3 - Заявление под присягой (аффидевит) для участников программы

Заявитель должен отметить соответствующее поле, чтобы указать, от чьего имени он заполняет и подает заявление: от своего собственного имени или же в качестве официального опекуна участника программы, указанного в заявлении. Заявитель должен иметь законные основания выступать от имени любого несовершеннолетнего и/или недееспособного лица, включенного в заявление.

Участник программы или официальный опекун должны своей подписью подтвердить достоверность и правильность всей информации, предоставленной в заявлении. Подписывая заявление, участник также подтверждает свое понимание принципов функционирования программы АСР, равно как и требований в связи с регистрацией в программе.

Раздел 4 - Другие совершеннолетние лица семьи

Каждый совершеннолетний член семьи, который желает принять участие в программе АСР, должен отметить поле, подтверждающее его статус члена семьи и намерение принять участие в программе АСР. С этой формы можно снять копии, которые должны быть заполнены каждым совершеннолетним участником.

Каждый совершеннолетний участник программы должен своей подписью подтвердить достоверность и правильность всей информации о себе, предоставленной в заявлении. Подписывая заявление, совершеннолетний участник подтверждает свое понимание принципов функционирования программы АСР, равно как и требований в связи с регистрацией в программе.

Раздел 5 - Лицо, оказывающее помощь в заполнении заявления (если применимо)

Если при заполнении формы заявления на участие в Программе конфиденциальности адресных данных участник пользуется услугами помощника, в заявлении необходимо указать название соответствующего агентства, код агентства, фамилию и имя контактного лица агентства, а также номер телефона агентства.

Если участник подает заявление без помощи агентства, этот раздел можно не заполнять.

Заполненную форму заявления необходимо отправить по адресу, указанному в заявлении.

Заявление

Программа конфиденциальности адресных данных (АСР)



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
Телефон: (518) 474-7306
Бесплатная связь: (855) 350-4595
Факс: (518) 474-0709
Электронная почта:
ACP@dos.ny.gov
Интернет: www.dos.ny.gov/acp

Перед тем, как приступить к заполнению формы настоящего заявления, необходимо внимательно прочитать инструкции по заполнению. Ответы пишите ПЕЧАТНЫМИ или ЗАГЛАВНЫМИ буквами.

РАЗДЕЛ 1: Информация об участнике Участниками программы АСР могут быть только жители штата Нью-Йорк.

Основной участник (имя, второе имя, фамилия) **Идентификационный номер программы АСР**
(для участников с созданной учетной записью) _____

Имя _____ Второе имя _____ Фамилия _____ Дата рождения (ММ/ЧЧ/ГГГГ) _____

Любые имена, под которыми вы известны в настоящее время или были известны в любой момент времени в прошлом: _____

Прозвища: Если, из соображений безопасности, вы хотели бы использовать другое имя для получения корреспонденции, также укажите это имя здесь: _____

Я проживаю на территории штата Нью-Йорк: Да Нет

Я являюсь жертвой: Бытового насилия Психологического террора Сексуальных домогательств Торговли людьми

Прочие участники (имя, второе имя, фамилия) -- Чтобы указать дополнительных участников, снимите копию этой страницы и приложите к заявлению.

Имя _____	Второе имя _____	Фамилия _____	Дата рождения (ММ/ЧЧ/ГГГГ) _____	(Несовершеннолетнее лицо/Недееспособное лицо/Совершеннолетнее лицо, проживающее в семье)
Имя _____	Второе имя _____	Фамилия _____	Дата рождения (ММ/ЧЧ/ГГГГ) _____	(Несовершеннолетнее лицо/Недееспособное лицо/Совершеннолетнее лицо, проживающее в семье)
Имя _____	Второе имя _____	Фамилия _____	Дата рождения (ММ/ЧЧ/ГГГГ) _____	(Несовершеннолетнее лицо/Недееспособное лицо/Совершеннолетнее лицо, проживающее в семье)

Фактический адрес основного участника (по которому он проживает в настоящий момент) *данные необходимы для участия в программе.

Адрес 1: _____

Адрес 2: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____ Округ: _____

Номер телефона (в дневное время): _____	Номер телефона (в вечернее время): _____	Безопасный альтернативный телефон: _____	Когда лучше звонить: _____	<input type="checkbox"/> В первой половине дня
				<input type="checkbox"/> Во второй половине дня

Почтовый адрес основного участника * (адрес, по которому программа АСР будет направлять корреспонденцию участника, если этот адрес отличается от указанного выше)

Адрес 1: _____

Адрес 2: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____ Округ: _____

Адрес электронной почты: _____

- В случае изменения этого адреса, обратитесь в Программу конфиденциальности адресных данных и получите инструкции о действиях, которые необходимо предпринять в случае изменения адреса или же используйте форму Уведомления об изменении/отзыве (ACP Change/Withdraw Notice, DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-a.pdf>). Не подавайте уведомления об изменении данных в отделениях почтовой службы США.

Принимали ли вы ранее участие в Программе конфиденциальности адресных данных штата Нью-Йорк? Да Нет

Если «Да», укажите ваш предыдущий идентификационный номер АСР _____

Пароль - Секретное слово (пароль) будет использоваться для внесения изменений в ваши данные. Храните его в безопасном месте.
Укажите секретное слово: _____

Укажите подсказку, которая поможет вам запомнить пароль: _____

РАЗДЕЛ 2: Контрольный список для участников программы - Отметьте инициалами каждый пункт.

- Я понимаю, что программа АСР является программой, исключительной функцией которой является пересылка корреспонденции. До того, как направиться по моему адресу, моя корреспонденция будет поступать на адрес абонентского ящика в Олбани. Таким образом сроки доставки мне корреспонденции, в том числе судебной корреспонденции, которая может содержать важную для меня информацию, увеличатся. Я также понимаю, что программа АСР будет пересылать мне только почту первого класса и судебную корреспонденцию, и НЕ БУДЕТ пересылать мне журналы, каталоги, рекламу или посылки, кроме тех, в которых содержатся лекарственные препараты, и которые были отправлены государственными учреждениями.
- Я понимаю, что я сам(а) должен(-на) обратиться к государственным и местным организациям и их сотрудникам с просьбой об использовании альтернативного адреса АСР, и что при этом мне необходимо предъявить мою карту участника программы АСР. Я также понимаю, что если я предоставлю правительственному учреждению мой фактический адрес, это учреждение не обязано сохранять его в тайне.
- Я понимаю, что моя корреспонденция не будет перенаправлена мне, если она направлена на имя, которое не указано в моем профиле программы АСР. Я также понимаю, что если я заполню форму заявления, используя имя, которое не является моим официальным именем, я могу быть лишен(а) прав в рамках программы АСР в тех или иных инстанциях, в которых, для доступа к их услугам, необходимо использовать только официальное имя.
- Я понимаю, что частные компании (страховые компании, телефонные компании, коммунальные предприятия и т.д.) не обязаны использовать альтернативный адрес программы АСР и могут потребовать мой фактический адрес проживания.
- Я понимаю, что программе АСР закон запрещает передавать мой фактический адрес проживания третьим лицам. При этом, программа АСР может раскрыть мой фактический адрес проживания по распоряжению суда или по распоряжению правоохранительных органов в законных правоприменительных целях.
- Я понимаю, что в случае предоставления мною неправдивой информации в заявлении я буду исключен(а) из программы АСР. Я также понимаю, что программа АСР отменит мое участие в ней в случае, если я изменю свое имя или адрес и не поставлю об этом программу в известность в течение 14 дней, или же если соответствующее почтовое уведомление будет возвращено как не дошедшее до адресата.

РАЗДЕЛ 3: Заявление участника программы под присягой (аффидевит) - Отметьте один из следующих пунктов.

- Я подтверждаю, что являюсь жертвой бытового насилия, психологического террора, сексуальных домогательств и/или торговли людьми. Я покинул(а) место жительства из-за жестокого отношения, и я опасаясь за собственную безопасность и за безопасность моих детей. Я имею законные основания выступить от имени любого несовершеннолетнего и/или недееспособного лица, включенного в это заявление.
- Я подтверждаю, что являюсь официальным опекуном заявителей, обозначенных в заявлении, и действую от имени несовершеннолетнего или недееспособного лица, которое является жертвой бытового насилия, психологического террора, сексуальных домогательств и/или торговли людьми, которое покинуло место жительства по причине жестокого отношения к себе, и которое опасается за собственную безопасность. Я имею законные основания выступить от имени этого несовершеннолетнего и/или недееспособного лица, включенного в это заявление.

Декларация заявителя:

Под страхом обвинений в лжесвидетельстве я подтверждаю, что вся информация, приведенная в этом заявлении, является достоверной и правильной. Я понимаю, что в рамках этой программы я буду получать только почту первого класса, заказную почту и почту, получаемую по предъявлению документов. Программа АСР не пересылает журналы, посылки или рекламу. Я понимаю, что переезд по другому адресу места жительства, не указанному в заявлении, или изменение почтового адреса без предварительного уведомления представителей программы АСР, может стать причиной моего исключения из программы АСР. Настоящим назначаю Секретаря штата моим агентом по обработке и получению корреспонденции.

Подпись заявителя _____ Имя печатными буквами _____ Дата _____

РАЗДЕЛ 4: Другие совершеннолетние лица семьи - Отметьте следующее.

Этот раздел заполняется любым совершеннолетним членом семьи основного участника.

Чтобы включить дополнительных совершеннолетних членов семьи, сделайте копии этой страницы и приложите ее к заявлению.

- Я подтверждаю, что являюсь совершеннолетним членом семьи основного участника, который указан в этом заявлении, и соглашаюсь на участие в программе АСР.

Декларация заявителя:

Под страхом обвинений в лжесвидетельстве я подтверждаю, что вся информация, приведенная в этом заявлении, насколько мне известно, является достоверной и правильной. Я понимаю, что в рамках этой программы я буду получать только почту первого класса, заказную почту и почту, получаемую по предъявлению документов. Программа АСР не пересылает журналы, посылки или рекламу. Настоящим назначаю Секретаря штата моим агентом по обработке и получению корреспонденции.

Подпись заявителя _____ Имя печатными буквами _____ Дата _____

РАЗДЕЛ 5: Лицо, оказывающее помощь в заполнении заявления (если применимо) - (если применимо)

Название агентства: _____ Код агентства: _____

Контактное лицо агентства: _____ Телефон: _____

Подпись _____

Заполните и верните заявление в:

**NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110, Albany, NY 12201-1110
(518) 474-0709**

ИЛИ вышлите в АСР по факсу: