

Solicitud

Programa de Confidencialidad del Domicilio



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
Teléfono: (518) 474-7306
Línea sin costo: (855) 350-4595
Fax: (518) 474-0709
Correo electrónico:
ACP@dos.ny.gov
Internet: www.dos.ny.gov/acp

Instrucciones:

Los participantes en el programa deben llenar esta solicitud para ser incluidos en el Programa de Confidencialidad del Domicilio (ACP, por sus siglas en inglés).

Todos los solicitantes deben leer las instrucciones siguientes para asegurarse de entender cómo llenar correctamente el formulario de solicitud.

Sección 1 - Información del participante

Nombre del participante principal

La persona que solicita ser un participante en el programa puede ser un adulto que es víctima de violencia doméstica, acoso, delitos sexuales o trata de personas, que teme por su seguridad y que ha abandonado su residencia debido a dicha violencia. El solicitante también puede ser el padre, la madre o el tutor legal que presenta la solicitud en nombre de un menor (una persona menor de 18 años de edad) o de una persona incapacitada, y debe tener facultades legales para actuar en nombre de la persona. El solicitante debe marcar la casilla apropiada en la Sección 3 que indica si presenta la solicitud en su propio nombre o en nombre de un menor de edad o una persona incapacitada, y firmar la declaración.

El participante en el programa debe incluir su nombre legal completo y su fecha de nacimiento.

Escriba todos los nombres con los que se le conoce ahora o se le ha conocido previamente.

Si por motivos de seguridad desea que se le reenvíe su correo con un nombre diferente, indique el nombre.

Otros participantes

Esta sección puede incluir a otros miembros del mismo hogar que el participante principal, que necesiten participar en el ACP para mantener a salvo al participante principal. También puede incluir a menores de edad, a personas incapacitadas y a adultos que vivan en el hogar y que acepten participar en el programa. Otros adultos en el hogar del participante principal también deben llenar la declaración jurada que se incluye en la Sección 4.

El solicitante además debe indicar si los otros miembros del hogar son menores de edad, personas incapacitadas u otros adultos que viven en el hogar. Debe proporcionarse el nombre legal completo y la fecha de nacimiento de cada miembro del hogar.

Recuerde que cuando un menor de edad se convierta en adulto (a los 18 años de edad), deberá llenar una nueva solicitud y firmar la Sección 4 para seguir participando en el ACP. Si este nuevo miembro del hogar de edad adulta no entrega la nueva solicitud, su nombre se eliminará del programa.

Puede hacer copias de esta página si necesita añadir más participantes.

Domicilio real del participante principal

Este es el domicilio en el que vive el participante principal. Los solicitantes deben llenar esta sección, incluyendo el nombre del condado. El domicilio no puede ser un apartado postal. La participación en el programa ACP es exclusivamente para residentes del Estado de New York. El participante principal debe proporcionar un número de teléfono para que el programa ACP puede comunicarse con él o ella. También debe proporcionar un número de teléfono alternativo que sea seguro. El ACP recomienda que el participante indique la mejor hora del día para recibir llamadas.

Dirección postal del participante principal

Esta es la dirección en la que el participante principal desea que se entregue su correo. Puede dejarla en blanco si es igual que el domicilio real. El ACP puede enviar correo a un apartado postal o a una dirección distinta al domicilio real.

Si esta dirección cambia, comuníquese con el Programa de Confidencialidad del Domicilio para recibir instrucciones sobre cómo cambiarlo, o use el Aviso de cambio/retiro del ACP DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-l-a.pdf>. No notifique su cambio de domicilio a la oficina postal.

Dirección de correo electrónico: Indique su dirección de correo electrónico como otro método de contacto para el personal del ACP.

Número de identificación del ACP

Este es el número de identificación único que se asigna a cada participante principal del ACP. Si el participante es nuevo en el programa, recibirá un número de ACP por correo. Si una solicitud se refiere a un participante que ya ha recibido un número de identificación, debe incluir su número de ACP en la solicitud.

Instrucciones para la solicitud

Programa de Confidencialidad del Domicilio (ACP), continuación

Palabra de seguridad

El participante en el programa debe incluir una palabra secreta en la solicitud para que sirva como una manera segura de hacer cambios futuros a la información del participante. Esto debe evitar que personas no autorizadas hagan cambios a la información. Por favor consérvela en un lugar seguro.

Los participantes en el programa deben dar una pista que les ayude a recordar la palabra secreta. Si el participante en el programa no puede recordar la palabra secreta al llenar un formulario de cambio, puede llamar a la oficina del ACP y un miembro del personal le dará la pista para ayudarlo a recordar la palabra.

Sección 2 - Lista de verificación para participantes en el programa

El solicitante debe leer detenidamente y comprender cada elemento de la lista de verificación en esta sección. Un proveedor de asistencia con la solicitud puede ayudar a explicar el significado de las declaraciones de esta sección. El solicitante debe marcar con sus iniciales cada elemento de la lista de verificación, con lo que confirma que entiende y acepta cada elemento.

Sección 3 - Declaración jurada del participante en el programa

El solicitante debe marcar la casilla correspondiente en la que indique si ha contestado la solicitud por sí mismo o si la ha contestado como tutor legal del participante en el programa que se indica en la solicitud. Un solicitante debe tener facultades legales para actuar en nombre de todos los menores de edad y las personas incapacitadas que se incluyan en la solicitud.

El participante en el programa o el tutor legal deben firmar con su nombre en la línea en la que declaran que toda la información provista en la solicitud es veraz y correcta. Al firmar la solicitud, el participante también declara que entiende cómo funciona el ACP y los requisitos para estar inscrito en el programa.

Sección 4 - Declaración jurada de otros miembros adultos del hogar

Cada miembro adulto de un hogar que desee participar en el ACP debe marcar la casilla en la que declara que es un miembro del hogar y desea participar en el ACP. Puede copiar este formulario para que cada miembro adulto participante lo llene.

Cada miembro adulto debe firmar con su nombre en la línea en la que declara que toda la información provista sobre él o ella en la solicitud es veraz y correcta. Al firmar la solicitud, los participantes adultos declaran que entienden cómo funciona el ACP y los requisitos para estar inscritos en el programa.

Sección 5 - Proveedor de asistencia al solicitante (si procede)

Si un proveedor de asistencia al solicitante le explica el Programa de Confidencialidad del Domicilio al solicitante y le ayuda a llenar los formularios, la solicitud debe incluir el nombre de la agencia, el código de agencia correspondiente, el nombre de la persona de contacto en la agencia y el número de teléfono de la agencia.

Si un solicitante presenta su solicitud sin ayuda de una agencia, no es necesario contestar esta sección.

Los formularios de solicitud contestados deben enviarse a la dirección que se indica en la solicitud.

Solicitud

Programa de Confidencialidad del Domicilio



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
Teléfono: (518) 474-7306
Línea sin costo: (855) 350-4595
Fax: (518) 474-0709
Correo electrónico: ACP@dos.ny.gov
Internet: www.dos.ny.gov/acp

Lea detenidamente las instrucciones antes de contestar la solicitud. Escriba sus respuestas en tinta, ya sea en LETRA DE MOLDE o A MÁQUINA.

SECCIÓN 1: Información del participante La participación en el programa ACP es exclusivamente para residentes del Estado de New York.

Nombre del participante principal

(Nombre, segundo nombre, apellido) **Número de identificación del ACP** (si ya lo tiene) _____

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

Todos los otros nombres con los que se le conoce ahora o se le ha conocido previamente: _____

Alias: Si por motivos de seguridad desea que se le reenvíe su correo con un nombre diferente, indique el nombre aquí: _____

Soy residente del Estado de New York: Sí No

Soy víctima de: **Violencia doméstica** **Acoso** **Delito sexual** **Trata de personas**

Otros participantes (Nombre, segundo nombre, apellido) -- Puede hacer copias de esta página y adjuntarlas si tiene participantes adicionales.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	(Menor de edad/persona incapacitada/adulto que vive en el hogar)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Domicilio real del participante principal (el domicilio donde realmente vive el participante) *obligatorio para participar en el programa.

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____ Teléfono alternativo o seguro: _____ Mejor hora para llamarle: a.m. p.m.

Dirección postal del participante principal * (La dirección a la que el ACP enviará el correo del solicitante, si es diferente de la dirección anterior)

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Dirección de correo electrónico: _____

- Si esta dirección cambia, comuníquese con el Programa de Confidencialidad del Domicilio para recibir instrucciones sobre cómo cambiarlo, o use el Aviso de cambio/retiro del ACP DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-l-a.pdf>. No notifique su cambio de domicilio a la oficina postal.

¿Alguna vez ha participado en el Programa de Confidencialidad del Domicilio de New York? Sí No

Si contestó que sí, escriba su número de identificación del ACP _____

Palabra de seguridad - Usará esta palabra secreta para todos los cambios futuros a su expediente - Es importante que la conserve en un lugar seguro.

Escriba su palabra secreta: _____

Escriba una pista que le ayude a recordar esta palabra secreta: _____

SECCIÓN 2: Lista de verificación para participantes en el programa - Marque cada elemento con sus iniciales.

- ___ Entiendo que el ACP es solamente un servicio de reenvío de correo y que mi correo primero llegará al apartado postal del programa en Albany antes de que me sea reenviado. Esto significa que mi correo tardará más tiempo en llegar a mis manos, incluyendo la correspondencia legal que puede contener material que requiera respuesta rápida. También entiendo que el ACP solamente me reenviará correo de primera clase y documentos legales y NO reenviará revistas, catálogos, paquetes o correo basura, salvo cuando se distinga claramente que se trata de productos farmacéuticos o se indique claramente que el remitente es una agencia gubernamental.
- ___ Entiendo que es mi responsabilidad informar a los empleados de los gobiernos estatal y local que quiero usar la dirección sustituta del ACP y que necesitaré mostrarles mi tarjeta de identificación del ACP. También entiendo que si proporciono mi domicilio real a una agencia gubernamental dicha agencia ya no tiene la obligación de mantener la confidencialidad de mi información.
- ___ Entiendo que no se me puede reenviar mi correspondencia si se envía a un nombre distinto al nombre registrado en el ACP. También entiendo que si lleno un formulario de solicitud usando un nombre distinto a mi nombre legal podría perder mis privilegios del ACP en ciertas agencias, si se requiere un nombre legal para acceder a sus servicios.
- ___ Entiendo que las compañías privadas (como aseguradoras, compañías telefónicas, servicios básicos, etc.) no están obligadas a usar la dirección sustituta del ACP y podría requerir una dirección residencial real.
- ___ Entiendo que las leyes prohíben al ACP proporcionar mi domicilio real a un tercero. Sin embargo, el ACP puede proporcionar mi domicilio real si una corte así lo ordena, o si lo solicitan las autoridades competentes para fines legítimos de aplicación de la ley.
- ___ Entiendo que mi participación en el programa se cancelará si proporciono información falsa en mi solicitud del ACP. También entiendo que el ACP cancelará mi participación si cambio mi nombre o dirección y no lo notifico al programa dentro de un plazo de 14 días, o si el correo se devuelve por no ser posible entregarlo.

SECCIÓN 3: Declaración jurada del participante en el programa - Marque una de las siguientes opciones.

- Declaro que yo, como participante en el programa, soy una víctima de violencia doméstica, acoso, delito sexual o trata de personas. He abandonado mi residencia debido a dicha violencia y temo por mi seguridad o por la seguridad de mis hijos. Tengo facultades legales para actuar en nombre de todos los menores de edad y las personas incapacitadas que se incluyen en la presente solicitud.
- Declaro que soy el tutor legal de los solicitantes indicados en la presente solicitud y que actúo en nombre de un menor de edad o de una persona incapacitada que es víctima de violencia doméstica, acoso, delito sexual o trata de personas y que ha abandonado su residencia debido a dicha violencia y que teme por su seguridad. Tengo facultades legales para actuar en nombre de los menores de edad y las personas incapacitadas que se incluyen en la presente solicitud.

Declaración del solicitante:

Por este medio declaro, bajo pena de perjurio, que toda la información provista en la presente solicitud es veraz y correcta. Entiendo que solamente recibiré correo de primera clase, registrado y certificado a través de este programa. El ACP no reenvía revistas, paquetes o correo basura. Entiendo que mudarme del domicilio residencial provisto en esta solicitud o cambiar mi dirección postal sin avisar previamente al ACP podría ser motivo para cancelar mi participación en el ACP. Por medio de la presente designo al Secretario de Estado como mi agente para entrega de notificaciones judiciales y recepción de correo.

Firma del solicitante _____ Nombre en letra de molde _____ Fecha _____

SECCIÓN 4: Declaración jurada de otros miembros adultos del hogar - Marque lo siguiente.

Esta sección debe ser contestada por todos los miembros adultos del mismo hogar que el participante principal. Haga una copia de esta página por cada miembro adulto adicional del hogar y adjúntelas.

- Declaro que soy un miembro adulto del mismo hogar que el participante en el programa mencionado en esta solicitud y consiento a participar en el ACP.

Declaración del solicitante:

Por este medio declaro, bajo pena de perjurio, que toda la información provista en la presente solicitud es veraz y correcta en la medida de mi conocimiento. Entiendo que solamente recibiré correo de primera clase, registrado y certificado a través de este programa. El ACP no reenvía revistas, paquetes o correo basura. Por medio de la presente designo al Secretario de Estado como mi agente para entrega de notificaciones judiciales y recepción de correo.

Firma del solicitante _____ Nombre en letra de molde _____ Fecha _____

SECCIÓN 5: Proveedor de asistencia al solicitante - (si procede)

Nombre de la agencia: _____ Código de la agencia: _____

Nombre del contacto en la agencia: _____ Número de teléfono: _____

Firma _____

Entregue la solicitud contestada a:

O envíela por fax al ACP al:

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