

申请

地址保密项目(ACP)

说明



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
电话: (518) 474-7306
免费电话: (855) 350-4595
传真: (518) 474-0709
电子邮件: ACP@dos.ny.gov
网址: www.dos.ny.gov/acp

项目参与者必须填写该申请, 才能参加地址保密项目。
所有申请人都应查看下面的说明, 确保理解如何恰当地填写申请表。

第 1 部分——参与者信息

主要参与者姓名

如果一名成年人是家暴、尾随、性侵犯和/或人口贩卖的受害者, 且害怕自己的安全问题, 并因此类暴力而离开了自己的住所, 则其可申请参加项目。如果是未成年人(18岁以下人员)或残障人士, 则也可由父母或法定监护人代表其申请, 这种情况下, 父母或法定监护人必须拥有代表该人员行事的法定权力。申请人必须勾选第 3 部分的相应方框, 说明是代表自己申请还是代表一名未成年人或残障人士申请, 并在书面陈述上签名。

项目参与者应填写自己依法登记的全名和出生日期。

请列出您目前或之前为人所知的任何其他姓名。

如果出于安全目的, 您希望转寄给您的邮件收件姓名为一个不同的姓名, 则请写明该姓名。

其他参与者

这一部分可包含主要参与者同一家庭的其他成员(其需要参加 ACP 才能确保主要参与者的安全)。还可包含生活在该家庭中、同意参加项目的未成年人、残障人士或成年人。主要参与者家庭中的其他成年人也必须填写第 4 部分包含的书面陈述。

申请人还必须说明其他家庭成员为生活在该家庭的未成年人、残障人士还是其他成年人。必须提供每名家庭成员依法登记的全名和出生日期。

请注意, 当一名未成年人成年后(18岁), 其必须填写一份新的申请, 并在第 4 部分签名, 才能继续参加 ACP。如果这名新的成年家庭成员未提交该新申请, 则其姓名将从项目中移除。

如需添加更多参与者, 可复印本页。

主要参与者的真实地址

这是主要参与者的居住地址。申请人必须填写这一部分, 包括郡名。该地址不得为一个邮政信箱。ACP 项目的参与者限定为纽约州居民。主要参与者必须提供一个电话号码, 以便 ACP 项目与其联系。还应提供一个安全的备用电话号码。ACP 建议参与者说明一天中最适合接听电话的时间。

主要参与者的邮政地址

这是主要参与者希望接收邮件的地址。如果该地址与真实地址相同, 则可留空。ACP 会向一个邮政信箱或者一个不同于真实地址的地址寄送邮件。

如果该地址发生变更, 请联系地址保密项目, 了解关于变更的说明, 或者使用“ACP 变更/撤销声明 DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-1-a.pdf>”。切勿向美国邮政局提交地址变更。

电子邮件地址: 请说明您的电子邮件地址, ACP 员工可将其作为另一种与您联系的方法。

ACP 识别号

这是核发给每名主要 ACP 参与者的唯一识别号。如果是第一次参加项目, 则参与者将在邮件中获得一个 ACP 号。如果申请中涉及的参与者已经获得过识别号, 则应在申请中加入这个 ACP 号。

申请说明

地址保密项目(ACP)（续）

密匙词

项目的参与者应在申请中提供一个密匙词，以便今后可以对参与者的记录安全地进行任何变更。这将防止未经授权人员对记录进行变更。请将密匙词保存在一个安全的地方。

项目参与者应提供一个提示，来帮助自己回忆起密匙词。如果项目参与者在填写变更表时无法回忆起密匙词，则其可致电联系 ACP 办公室，一名员工将提供提示，来帮助回忆起密匙词。

第 2 部分——项目参与者的核对表

申请人应通读并理解这一部分核对表的每个项目。申请援助服务提供机构可解释这一部分每句陈述的含义。申请人应在核对表的每个项目上签署姓名首字母，确认自己理解并同意每个项目。

第 3 部分——项目参与者的书面陈述

申请人应勾选相应方框，说明是代表自己填写申请还是作为申请中明确的项目申请人的法定监护人来填写申请。申请人必须拥有代表申请中包含的任何未成年人和/或残障人士行事的法定权力。

项目参与者或法定监护人必须在相应行上签名，确认申请中提供的信息均为真实、准确信息。在申请上签名，也即代表参与者确认自己理解 ACP 的运作方式以及注册参加项目的要求。

第 4 部分——其他成年家庭成员的书面陈述

每名希望参加 ACP 的成年家庭成员都应勾选相应方框，确认自己是一名家庭成员，并希望参加 ACP。可复印该表格，由每名参加项目的成年家庭成员填写。

每名成年家庭成员必须在相应行上签名，确认申请中提供的关于他们的所有信息均为真实、准确信息。在申请上签名，即代表成年参与者确认自己理解 ACP 的运作方式以及注册参加项目的要求。

第 5 部分——申请援助服务提供机构（如适用）

如果申请援助服务提供机构向申请人解释地址保密项目，并帮助填写表格，则申请中应包含机构的名称、对应的机构代码、机构联系人的姓名以及机构的电话号码。

如果申请人在申请时无需机构提供援助，则无需填写这一部分。

应将填好的申请表寄送至申请中说明的地址。

申请

地址保密项目(ACP)



NYS Department of State
Address Confidentiality Program
P.O. Box 1110
Albany, NY 12201-1110
电话: (518) 474-7306
免费电话: (855) 350-4595
传真: (518) 474-0709
电子邮件: ACP@dos.ny.gov
网址: www.dos.ny.gov/acp

在填写该申请前通读说明。请打印或用墨水笔填写回复。

第 1 部分: 参与者信息 ACP 项目的参与者限定为纽约州居民。

主要参与者姓名 (名字、中名、姓氏) ACP 识别号 (如果存在记录) _____

名字 _____ 中名 _____ 姓氏 _____ 出生日期 (月/日/年) _____

您目前或之前为人所知的任何其他姓名: _____
化名: 如果出于安全目的, 您希望转寄给您的邮件收件姓名为一个不同的姓名, 请在这里加以说明: _____

我是纽约州居民: 是 否

我是以下的受害者: 家暴 尾随 性侵犯 人口贩卖

其他参与者 (名字、中名、姓氏) —— 如果您有更多参与者, 则可复印并随附本页。

名字 _____	中名 _____	姓氏 _____	出生日期 _____ (月/日/年)	(生活在该家庭中的未成年人/残障人士/成年人)
名字 _____	中名 _____	姓氏 _____	出生日期 _____ (月/日/年)	(生活在该家庭中的未成年人/残障人士/成年人)
名字 _____	中名 _____	姓氏 _____	出生日期 _____ (月/日/年)	(生活在该家庭中的未成年人/残障人士/成年人)

必须参加项目的主要参与者真实地址 (申请人实际居住的地址) *。

地址 1: _____

地址 2: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 郡: _____

日间电话: _____ 夜间电话: _____ 安全备用电话: _____ 最适合接听电话的时间: _____ 上午 下午

主要参与者的邮政地址* (如果不同于以上地址, 则 ACP 将向该地址寄送申请人的邮件)

地址 1: _____

地址 2: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 郡: _____

电子邮件地址: _____

- 如果该地址发生变更, 请联系地址保密项目, 了解关于变更的说明, 或者使用“ACP 变更/撤销声明 DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-1-a.pdf>”。切勿向美国邮政局提交地址变更。

您是否参加过纽约的地址保密项目? 是 否

如果“是”, 请提供之前的 ACP 识别号 _____

密匙词——该密匙词将用于今后对您的记录做出的所有变更——务必要将其保存在一个安全的地方。

提供您的密匙词: _____

提供一个提示, 来帮助自己回忆起该密匙词: _____

第 2 部分：项目参与者核对表——请在每个项目上签署姓名首字母。

- 本人理解，ACP 仅仅是一种邮件转寄服务，本人的邮件将首先寄送至项目位于 Albany 的邮政信箱地址，然后再转寄给本人。这意味着，本人需要较长时间才能收到邮件，其中一些法律相关邮件可能包含时效性较强的资料。本人还理解，ACP 将仅向本人转寄一类邮件和法律文书，不会转寄杂志、目录册、包裹或垃圾邮件，除非明确确认为药物或者明确说明邮件发送方为一个政府机构。
- 本人理解，本人有责任向州和地方政府雇员告知本人希望使用 ACP 替代地址，且本人需要向他们展示本人的 ACP ID 卡。本人还理解，如果本人向一个政府机构提供本人的真实地址，该机构无义务对本人的信息保密。
- 本人理解，如果本人邮件的收件姓名与 ACP 记录中所记载的姓名不同，则邮件可能不会被转寄给本人。本人还理解，如果在填写申请表时，本人使用的姓名并非本人的依法登记姓名，则在需要依法登记姓名才能接受某些机构所提供服务的条件下，这些机构可能会否决 ACP 特权。
- 本人理解，私营公司（如保险、电话、公用事业公司等）无义务使用 ACP 替代地址，可能会要求一个真实的居住街道地址。
- 本人理解，法律禁止 ACP 向第三方披露本人的真实地址。但是，如果法庭发布相关命令，或者一个执法机构出于合法的执法目的提出相关要求，则 ACP 可以披露本人的真实地址。
- 本人理解，如果本人在 ACP 申请中提供虚假信息，则本人将被取消项目的参加权。本人还理解，如果本人变更姓名或住址后未在 14 天内通知项目，或者邮件未被递送而退回，则 ACP 将取消本人的参加权。

第 3 部分：项目参与者书面陈述——请勾选以下一项。

- 本人确认，作为项目的参与者，本人为家暴、尾随、性侵犯和/或人口贩卖的受害者。本人因此类暴力而离开了住所，且本人害怕自己和/或子女的安全问题。本人拥有代表本申请中包含的所有未成年人和/或残障人士行事的法定权力。
- 本人确认，本人为本申请中确定的申请人的法定监护人，本人代表一名未成年人或残障人士行事，其为家暴、尾随、性侵犯和/或人口贩卖的受害者，因此类暴力离开了自己的住所，并害怕自己的安全问题。本人拥有代表本申请中包含的这名未成年人和/或残障人士行事的法定权力。

申请人的确认：

本人特此确认，本申请中提供的信息均为真实、准确信息，否则甘受处罚。本人理解，本人将仅通过该项目收到一类邮件、注册邮件和挂号信。ACP 不会转寄杂志、包裹或垃圾邮件。本人理解，如果未首先通知 ACP 即从本申请中列出的居住地址搬出或变更本人的邮政地址，则可能导致本人在 ACP 的参与权被取消。本人特此指定州务卿为本人的邮件递送和接收代理。

申请人签名 _____ 印刷体姓名 _____ 日期 _____

第 4 部分：其他成年家庭成员书面陈述——请勾选以下项目。

这一部分应当由主要参与者同一家庭的任何成年家庭成员填写。

对于任何其他成年家庭成员，请复印并随附本页。

- 本人确认，本人为本申请中包含的项目申请人同一家庭的成年成员，并同意参加 ACP。

申请人的确认：

本人特此确认，据本人所知，本申请中提供的信息均为真实、准确信息，否则甘受处罚。本人理解，本人将仅通过该项目收到一类邮件、注册邮件和挂号信。ACP 不会转寄杂志、包裹或垃圾邮件。本人特此指定州务卿为本人的邮件递送和接收代理。

申请人签名 _____ 印刷体姓名 _____ 日期 _____

第 5 部分：申请援助服务提供机构——（如适用）

机构名称：_____ 机构代码：_____

机构联系人姓名：_____ 电话号码：_____

签名 _____

请将填好的申请回寄至：

或者通过传真返回至 ACP，传真号码：

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