



LENOX HILL  
NEIGHBORHOOD HOUSE  
SINCE 1894

欢迎来到莱诺克斯希尔社区  
老年中心项目

莱诺克斯希尔活动中心  
圣彼得教堂活动中心

如果您有兴趣加入我们的老年中心，您必须携带相关证件，证明您年满 60 周岁且是纽约市的居民。您需要在我们的会员申请工作时间当面提供完整的会员申请表。届时我们老年中心的工作人员会受理您的申请表格，带您参观中心的设施，以及回答您对申请表格或者中心活动的问题。

会员申请时间

**莱诺克斯希尔社区**

**343 东 70th 街 (70 街 1 大道)**

纽约, 纽约 10021

- 每周一到周五，早上 10:00 点 -11:00 点，周六周日早上 9:00-10:00 点
- 有问题请致电 212-218-0321

**圣彼得教堂活动中心**

**619 列克星敦大道**

纽约, 纽约 10022

- 每周一到周五，早上 10:00 点 -11:00 点
- 有问题请致电 646-306-4492



LENOX HILL  
NEIGHBORHOOD HOUSE  
SINCE 1894

| CENTER @ LENOX HILL NEIGHBORHOOD HOUSE<br>OLDER ADULT CENTER @ SAINT PETER' S CHURCH  |  |  |   |
|---|--|--|---|
| MEMBER REGISTRATION FORM  |  | 登记表  |   |
| Last Name: 姓:<br>_____  | First Name: 名字:<br>_____   |  | Middle Name: 中间名:<br>_____  |
| Birth Date: 出生日期:<br>__/__/____   | Gender that you identify with: 性别:<br><input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女                      |  |   |
| Street Address & Apartment: 地址 (请用英语写):<br>_____  |  |  |   |
| City, State: 城市/州:<br>_____   |  | Zip Code: 邮编:<br>_____   |   |
| Borough/County: 县:<br>_____   | Email: 电邮:<br>_____  |  |   |
| Home Phone: 家庭电话<br>_____   |  | Mobile Phone: 手机号码:<br>_____   |   |
| DEMOGRAPHIC INFORMATION 背景统计  |  |  |   |
| The Lenox Hill Neighborhood House uses demographic data to improve services and programming at our senior centers.<br>Your answers in this section will not impact the services you can access at our centers.<br>莱诺希尔社区通过以下背景数据来更好的为会员服务。 您的答案不会影响您在中心获得的服务。   |  |  |   |
| Marital Status: 婚姻状况:<br><input type="checkbox"/> Married/ 已婚 <input type="checkbox"/> Single 未婚 <input type="checkbox"/> Widowed 丧偶 <input type="checkbox"/> Divorced 离异   |  |  |   |
| Frail or Disabled<br>体弱或残障:<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   | U.S. Veteran<br>美国退伍军人:<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  | Live Alone 独居:<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                         | Do You Work:您有工作吗<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Primary Language 最常用的语言:<br><input type="checkbox"/> English 英语 <input type="checkbox"/> Spanish 西班牙文 <input type="checkbox"/> Other 其他 (Please Specify) 请注明<br>: _____   |  |  |   |
| Race (Mark all that apply) 种族 (标记所有适用项):<br><input type="checkbox"/> White/Caucasian 白人/高加索人 <input type="checkbox"/> Black or African American 黑人/非裔美国人<br><input type="checkbox"/> Asian-South Asian: 亚洲人/南亚人 <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander 夏威夷人/太平洋岛民<br><input type="checkbox"/> Native American or Alaskan Native 美国原住民或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> Other (Please Specify): 其他 (请具体列举) |  |  |   |
| Ethnicity 族群:<br>_____  |  | <input type="checkbox"/> Non-Hispanic 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/a 西班牙裔或拉美裔 |   |
| Number in Household: __   | Annual Household Income (家庭年收入):<br><input type="checkbox"/> Less than \$11,670 <input type="checkbox"/> \$23,596 - \$23,850 |  |   |



CENTER @ LENOX HILL NEIGHBORHOOD HOUSE  
 OLDER ADULT CENTER @ SAINT PETER' S CHURCH

|        |  |  |
|--------|--|--|
| 家庭人数 : | <input type="checkbox"/> \$11,670 - \$15,730 | <input type="checkbox"/> \$23,851 - \$27,910 |
|        | <input type="checkbox"/> \$15,731 - \$17,504 | <input type="checkbox"/> \$27,911 - \$29,685 |
|        | <input type="checkbox"/> \$17,505 - \$19,790 | <input type="checkbox"/> \$29,686 - \$31,970 |
|        | <input type="checkbox"/> \$19,791 - \$23,595 | <input type="checkbox"/> \$31,971+           |

EMERGENCY CONTACTS

紧急联系人信息

|  |  |
|--|--|
| Full Name 名字:<br>_____                             | Full Name 名字:<br>_____                             |
| Relation to You 与您的关系:<br>_____                    | Relation to You 与您的关系:<br>_____                    |
| Phone Numbers 电话号码 :<br>_____                      | Phone Numbers 电话号码 :<br>_____                      |
| Street Address, City, State, Zip Code 地址:<br>_____ | Street Address, City, State, Zip Code 地址:<br>_____ |

What kinds of enrichment, fitness or continuing education classes might interest you? (For example, yoga, dance, music, discussion groups, games, legal workshops, computer courses, nutritional or health education, etc.) 您对哪些活动、健身、或教育类的课程有兴趣? (比如瑜伽、跳舞、音乐、小组讨论、游戏、法律咨询、电脑课程、营养、健康教育等。)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

We are always looking for new volunteers; do you have any ideas for classes or workshops that you'd be willing to organize? 我们长期需要志愿者。您有兴趣组织上课或者讨论吗?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

How did you hear about us? 您是如何知道我们的?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

On what days of the week do you expect to come to the senior center? (Please check all that apply.) 你希望在一周内哪些日子来老年中心? (请选择全部适用的日子)

- Sunday     Monday     Tuesday     Wednesday     Thursday     Friday     Saturday  
 星期日     星期一     星期二     星期三     星期四     星期五     星期六

我同意成为莱诺克斯希尔社区老年中心的成员, 我们的中心包括莱诺克斯希尔活动中心和圣彼得教堂活动中心.

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_



**NUTRITION HEALTH QUESTIONNAIRE 营养健康问卷**

|  |   | 是 | 否 |
|--|---|---|---|
| I have an illness/condition that made me change the kind and/or amount of food I eat.<br>我的饮食习惯因疾病有所改变   | 2 |   |   |
| I eat fewer than 2 meals per day.<br>我每天用餐少于两次   | 3 |   |   |
| I eat few fruits or vegetables, or milk products.<br>我不太吃水果、蔬菜、或奶制品                                      | 2 |   |   |
| I have 3 or more drinks of beer, wine, or liquor almost every day<br>我几乎每天喝三次以上啤酒，葡萄酒，烈酒                 | 2 |   |   |
| I have tooth or mouth problems that make it hard for me to eat.<br>我有牙齿问题导致我吃东西有困难                       | 2 |   |   |
| I don't always have enough money to buy the food I need.<br>我不是经常有钱可以买食物                                 | 4 |   |   |
| I eat alone most of the time.<br>我总是独自进食   | 1 |   |   |
| I take three or more different prescribed or over-the-counter drugs a day.<br>我每天服用至少三种处方或非处方药物。         | 1 |   |   |
| Without wanting to, I have lost or gained 10 pounds in the last six months.<br>在过去的6个月内,我无意间增加或者建设了超过10磅 | 2 |   |   |
| I am not always physically able to shop, cook, and/or feed myself.<br>我的体能无法随意自己购物，煮食，或是进食。              | 2 |   |   |

TOTAL YOUR NURTITION SCORE \_\_\_\_\_, IF IT' S:  
合计总分 \_\_\_\_\_, 如果是

- 0-2 GOOD! Recheck your nutritional score in 6 months
  - 3-5 You are at moderate nutritional risk. See what you can do to improve your eating habits and lifestyle. Your Office for the Aging, senior nutrition program, senior center or health department can help. Recheck your score in 3 months
  - 6 and up You are at high nutritional risk. Bring this checklist and talk with your doctor, dietician or other health or social service professional. Ask for help to improve your nutritional health.
- 
- 0-2 非常好！ 六个月后重新检查您的营养得分。
  - 3-5 您有中度的营养风险。 看看您能做些什么来改善您的饮食习惯和生活方式。 您的老龄部门、老年人营养项目、老人中心、或卫生部门都可以向您提供帮助。 您可以在三个月后重新检查您的营养得分。
  - 6 以上 您的营养风险较高。 请带上这份清单与您的医生、营养师、或其他健康或社会服务专业人员交谈。 请求帮助， 提高您的营养健康



## 责任免除和风险承担同意书

我，\_\_\_\_\_，希望参加有氧运动、阻力和重量训练以及游泳等形式的健身课程；强化课程、继续教育课程及休闲课程；其他休闲运动及活动；纽约老年人基金会(the New York Foundation for Senior Citizens)的 CART 项目提供的交通计划以及其他参加活动所使用的交通计划（以下称为“活动”）。以上活动由 Lenox Hill Neighborhood House, Inc. Senior Centers（以下称为“组织”）提供）。

1. 出于组织允许我参加活动并且使用组织的全部或部分设施（以下称为“设施”）的法律考虑，我同意本协议（以下称为“协议”）中的所有条款和条件。
2. 我理解活动和设施的使用可能存在危险，可能涉及重伤、死亡和/或财产损失的风险。
3. 我确认我受到的伤害可能会因为组织的紧急响应或急救措施的疏忽而加重。
4. 我确认，我在知情和自愿的情况下参与活动，并且明确表示了解其中的危险，在此同意接受和承担与受伤、死亡或财产损失有关的全部风险，无论上述危险是否由组织、其他参与者或出现在活动或设施中的人员、任何被免除责任方或其他人的疏忽所致，包括但不限于：绊倒、滑倒和跌倒、擦伤、撕裂伤，甚至更加严重的人身伤害；以及使用设备和设施导致的任何人身伤害。
5. 我在此明确放弃和免除（当前知晓或以后知晓的）任何索赔权利，不会因为我参加活动或使用设施导致受伤、死亡或财产损失向组织、其高管、主管/经理、员工、志愿者、代理、附属机构、继任者或受让人（统称为“被免除责任方”）索赔，无论上述受伤、死亡或财产损失是否由于组织、其他参与者、或出现在活动或设施中的人员、任何被免除责任方或其他人的疏忽导致。
6. 我明确同意并承诺不会针对组织或任何其他被免除责任方做出或提起上述索赔，永久免除和解除组织和其他所有被免除责任方在上述索赔中的责任。
7. 履行协议引起的或与之有关的任何事宜都接受纽约州法律的管辖（包括诉讼时效法规）。

我确认，我已经阅读并充分理解本协议的所有条款，并且自愿放弃实质法律权利，包括起诉组织的权利，特此签字作为确认。

签字人：\_\_\_\_\_

印刷体姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



### 媒介授权和发布

我，\_\_\_\_\_，允许 Lenox Hill Neighborhood House 及其员工和代理人拍摄，使用，复制，录制和发布我的照片，视频和/或录音（统称“媒体”），用于任何和所有信息，促销和/或筹款目的而不用另行通知我。我了解此类信息可能会在信息展示，促销和/或筹款材料中公开展示，包括发布在任何人都可以使用的,任何可以上网的人都可以下载的社交媒体平台上。我知道我在签署此文件前有机会提出问题并承认我是自愿签署此文件的。我确认我不会因为任何媒介问题获得赔偿金。我免除 Lenox Hill Neighborhood House，其员工和各个部门的相关责任，以及因使用或使用此媒体而引起或与之有关的任何和所有索赔。

我已阅读并理解本授权和发布的条款。

---

签名

日期

### 面试授权和发布

我，\_\_\_\_\_，允许 Lenox Hill Neighborhood House，其员工和机构使用我的名字，我的故事和任何直接引用（统称“访谈材料”），而不用另行通知我。访谈材料可以用于任何和所有促销和/或筹款活动。我了解在提供此访谈材料后，我将没有机会对此材料进行编辑，审查或提供进一步评论，并且我理解这些材料可能会或可能不会都是关于我的。我了解此类访谈材料可能会在信息公开，促销和/或筹款材料中公开展示，包括发布在任何人都可以使用的,任何可以上网的人都可以下载的社交媒体平台上。。我知道我有机会提出问题并承认我是自愿签署此文件的。我确认我所提供给 Lenox Hill Neighborhood House 的所有访谈材料都是我所知的真实和准确的。我免除 Lenox Hill Neighborhood House，其员工和各个部门的相关责任，以及因使用或使用此媒体而引起或与之有关的任何和所有索赔。。我已阅读并理解本授权和发布的条款。

---

签名

日期



## 运输授权与放行

我\_\_\_\_\_承认，我有时候可能会选择参加 Lenox Hill Neighborhood House 的交通计划。该计划是通过与纽约各个政府部门和私人机构合作的免费出行计划。该计划包括前往各个文化和购物地点，我的家和/或其他目的地的旅行。考虑到我参与了该自愿性交通计划以及 Lenox Hill Neighborhood House 的努力，我放弃因此类旅行引起的对 Lenox Hill Neighborhood House 或其雇员或相关机构的任何申诉，权益或诉讼。

---

签名

日期



LENOX HILL  
NEIGHBORHOOD HOUSE  
SINCE 1894



## 纽约市老龄事务部

姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 公寓号: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_

邮编: \_\_\_\_\_ 家庭电话: \_\_\_\_\_

计划: \_\_\_\_\_ 手机号码: \_\_\_\_\_

### 同意收集数据

同意收集数据的日期: \_\_\_\_\_

我同意将我或我的法定代表人提供的个人信息输入纽约市老龄事务部维护的客户数据系统。我了解哪些信息将被记录、为什么需要这些信息，以及存在保护我的个人健康和身份识别信息的法律法规。

我了解收集这些信息是为了帮助提供服务，包括纽约市老龄事务部资助的服务。收集这些信息还有助于确定我可能有资格获得的其他服务。我了解，需要此信息才能提供某些服务。

我了解签署此授权书是出于自愿，并且可以随时撤销。如果我拒绝签署此授权书，上述指定的服务提供者将无法通过为我转介来提供帮助。这些信息可以提供给我自己进行跟进。

客户姓名首字母缩写: \_\_\_\_\_

### 同意共享应急准备信息

应急准备同意日期: \_\_\_\_\_

我同意在紧急情况下放行应急准备表中包含的我的信息，并且我已收到此表的副本。我了解我的基本人口统计信息和社会历史是我的应急准备信息的一部分。

我了解我的信息只会与被授权在紧急情况下做出响应的人共享，例如政府机构、执法部门或代表他们行事的人。

客户姓名首字母缩写: \_\_\_\_\_

在上面签署姓名首字母缩写即表示我同意收集和共享我的信息。除非我或我的法定代表人撤销此授权，否则此授权不会过期。

\_\_\_\_\_  
个人或法定代表人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
个人姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
法定代表人姓名（正楷）

委托书

监护权

请描述法定代表人与客户的关系：

仅用于办公用途

证明（由工作人员填写）

已遵循所有适当的程序，并且是自愿提供该同意的。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
工作人员姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
工作人员职位名称（正楷）



# 紐約州選民登記卡

## 登記投票

您可以使用此表格在紐約州的選舉中登記投票。此表格也可用於：

- 變更選民登記表上的姓名或地址
- 成為政黨黨員
- 變更黨員身分
- 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）

### 您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
- 未因重罪入獄；
- 未在其他地方主張投票權；
- 未被法院認定無行為能力。

## 發送或遞交此表格

填寫以下表格並將其發送到本表格背面的您所在郡地址，或將此表格帶到郡選舉委員會 (County Board of Elections) 的辦公室。

請在 想投票的選舉前至少 25 天郵寄或遞交此表。您所在的郡將通知您已登記投票。

### 有任何疑問嗎？

請致電本表格背面所列的郡選舉委員會，或撥打 1-800-FOR-VOTE (TDD / TTY 聽障用戶請撥 711) 在我們的網站 [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov) 上尋找答案或工具。

## 查證身分

我們會盡可能在選舉日之前根據您在下方填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用下列在效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表附上任何一種身分證件的影本，一定要將表格的兩面粘在一起。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

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

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পতবে 1-800-367-8683 টাফোনে পফাতি

❗ 虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。

請以藍色或黑色墨水填寫。

### 資格

1 您是否為美國公民？  是  否

如果您回答否，則無法登記投票。

A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？  是  否

2 B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會標記為「待定」，且無法在任何選舉中投票。  是  否

如果您對之前的兩個問題都回答否，您將無法登記投票。

### 您的姓名

3

姓氏 \_\_\_\_\_ 稱謂 \_\_\_\_\_

名字 \_\_\_\_\_ 中間名首字母縮寫 \_\_\_\_\_

### 更多資訊

第 5、6 和 7 項為選填項

4 出生日期 月/月/日/年/年/年/年 \_\_\_\_\_

5 性別 \_\_\_\_\_

6 電話 \_\_\_\_\_

7 電子郵件 \_\_\_\_\_

### 現居地址

地址（請勿提供郵政信箱） \_\_\_\_\_

8 公寓號碼 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

市/鎮/村 \_\_\_\_\_

紐約州郡 \_\_\_\_\_

### 您的收件地址

如與上述地址相同，請跳過

地址或郵政信箱 \_\_\_\_\_

9 郵政信箱 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

市/鎮/村 \_\_\_\_\_

### 投票紀錄

10 您是否曾投過票？  是  否

11 哪一年？ \_\_\_\_\_

### 已變更的投票資訊

此處資訊未變更或您未曾投過票，請跳過

12 您之前的姓名為 \_\_\_\_\_

您之前的地址為 \_\_\_\_\_

您之前所在的州別或紐約州郡為 \_\_\_\_\_

### 身分證明

您必須選擇一項

如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

13  紐約州 DMV 號碼 \_\_\_\_\_

社會安全號碼的最後四位數字 \_\_\_\_\_ x x x - x x - \_\_\_\_\_

本人沒有紐約州駕照或社會安全號碼。

### 政黨

您必須選擇一項

加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須入該政黨，除非黨規另有規定。

14 本人希望加入政黨

- 民
- 共和
- 保守黨
- 勞動家庭黨
- 其他 \_\_\_\_\_

16 我不想登記加入任何政黨，只希望成為獨立選民

無政黨

### 宣誓書：本人發誓或證明

- 本人是美國公民。
- 選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天
- 本人符合在紐約州登記投票的所有要求。
- 以下方框處簽名或畫押者為本人無誤。
- 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將：定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。

簽名

日期

### 選填問題

15  我需要申請缺席投票。

我希望擔任選舉日當天的工作人員。





## 社会服务授权

注意：只有在您在寻求社会服务或福利方面的帮助时才需要填写此表格。\*

我，\_\_\_\_\_授权 Lenox Hill Neighborhood House 及其工作人员和调查、讨论、发布和/或获取有关我或我的案件的任何信息或文件，以便他们能够从必要的社区资源中为我提供服务。我进一步向 Lenox Hill Neighborhood House 授权提供其他个人或机构（包括社会服务机构、法律服务提供者、雇主、政府机构、房东和/）保管和控制的与我有关的所有记录和/或信息或其他个人，如果这些信息与我的持续服务有关。

此外，我允许 Lenox Hill Neighborhood House 及其工作人员和实习生与其他个人、机构或资助者分享有关我和我的案件的机密信息，以确定我的服务资格并允许 Lenox Hill Neighborhood House 为我提供服务。我还允许 Lenox Hill Neighborhood House 在必要时发布此类信息，以符合其资助者的要求。

我了解此授权是自愿的，不签署可能无法获得服务。我明白，如果我给予口头授权，则本文件也将在给予口头授权的日期构成同意记录。我了解此授权将无限期有效。我有权随时以书面形式通知负责社工或者社工团队的工作人员撤销此授权。

会员姓名

日期

如果是口头授权

会员姓名

工作人员签名

日期