



緊急聯絡人

當發生緊急狀況時 (僅供老人局使用) :

您的電話號碼 :

緊急聯絡人 :

緊急聯絡人的白天電話號碼 :

緊急聯絡人的晚上電話號碼 :

Return your application to:
NYC Department for the Aging
ATTN: Carrier Alert Program
2 Lafayette Street, 15th Floor
New York, NY 10007



紐約市老人局
市長辦公室殘障人士服務處
美國郵政局
全國郵遞員協會



郵遞員預警計劃

報名表



Michael R. Bloomberg, Mayor, City of New York



授權與法律責任豁免同意書

(您必須填寫這份同意書，否則無法完成註冊)

● ● ● | 報名表

是的！ 我想加入「郵遞員預警計劃」。我

瞭解紐約市老人局將和美國郵政局分享我的地址資料，以便完成我的註冊程序。我的郵遞員會把「Carrier Alert」

(郵遞員預警) 貼紙放進我的信箱內。我將提供我的電話號碼以及我的緊急聯絡人的電話號碼，以協助老人局在我有需要的時候為我提供服務。

(注意：合格申請人必須讓郵遞員將其信件投遞到其住宅的信箱或公寓大樓內的分格信箱中。)

姓名 (請以正楷填寫) :

出生日期 (月/日/年) :

_____ / _____ / _____

郵寄地址 (包含公寓號碼和郵遞區號) :

您是否為殘障人士? (勾選一個答案)

_____ 是

我特此授權由紐約市老人局 (原名 : New York City Department for the Aging, 簡稱DFTA) 所指導的「郵遞員預警計劃」 (原名 : Carrier Alert Program) 在緊急狀況下使用以下資料。本人瞭解這些資料將以機密方式處理，並由「郵遞員預警計劃」保管。此外，我特別授權美國郵政局 (原名 : United States Postal Service, 簡稱 USPS)

在發現我信箱內的郵件堆積過多時，可以向老人局通報。如果我必須離家一段時間 (例如：旅行或住院)，我將以書面方式事先通知郵遞員，並遮蓋住我信箱內的貼紙。

我瞭解加入這個計劃是自願的，而且負責這條郵路的不會始終是同一個郵遞員。我明白，為了加入「郵遞員預警計劃」，我必須有一個可以讓美國郵政局的郵遞員投遞信件的住宅外部信箱或公寓大樓內的分格信箱 (若由大樓管理人員/工作人員分送信件，則不符合條件)。

[續上頁](#)

我的郵遞員將決定我的信箱是否合適。我將等候老人局核准我的申請。

如果我想退出該計劃，我必須在計劃終止前三十 (30) 天提交書面通知。

本人瞭解該計劃旨在提高老年人和殘障人士的安全，而本人的自願加入並不構成該服務提供者的法律責任。因此本人同意，若本人因加入該計劃而遭受任何損失或傷害，本人將不會對紐約市老人局 (DFTA)、市長辦公室殘障人士服務處 (Mayor 's Office for People with Disabilities, 簡稱MOPD)、全國郵遞員協會 (National Association of Letter Carriers, 簡稱NALC) 和美國郵政局 (USPS) 提出起訴。

姓名 (請以正楷填寫) :

簽名 :
