

# SOLICITUD DE EMERGENCIA PARA BOLETA EN AUSENCIA

(Para Emergencias que ocurran entre las 5:00 P.M. del Martes y las 5:00 P.M. del Viernes antes de la Primaria o la Elección)

TODOS LOS VOTANTES DEBEN LLENAR ESTA SECCIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que soy un votante  
(ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO)

del Condado de \_\_\_\_\_, Pennsylvania, y que estoy calificado y registrado como votante en  
en mi dirección, que es \_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN O CAMINO RURAL)

(OFICINA POSTAL Y/O CÓDIGO POSTAL)

en el Pabellón \_\_\_\_\_, Distrito \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ que he vivido en este distrito  
(CIUDAD/ PUEBLO/DISTRITO)

electoral desde \_\_\_\_\_ y estoy autorizado a votar en la primaria o elección.

Mi ocupación es \_\_\_\_\_. Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.

(Si es empleado del Commonwealth o del Gobierno Federal, marque para votar sin dirección, marque aquí: )

Indique su # de Licencia de  
Manejo de PA (DL) o # ID de  
PennDOT Aquí, si tiene uno:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si no tiene # PA DL o # PennDOT

Indique su # de SS (últimos 4 dígitos):

--	--	--	--

NO tengo un # PA DL, # de ID PennDOT o # de SS. (Se deberá proporcionar una copia aceptable de ID junto con esta solicitud.  
Por favor visite [www.VotesPA.com](http://www.VotesPA.com) o llame a la junta electoral del condado con relación a las IDs aceptadas).

**ENVIEME LA BOLETA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN, SI ES EL CASO:**

## AUSENCIA DEL MUNICIPIO

Espero estar ausente del municipio en el que resido el día de la elección/primaria por deberes, ocupación o negocio, que de hecho no sabía y no podía haber sabido antes de; o a las 5:00 P.M. del Viernes antes de la elección.

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE LA FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL VOTANTE)

Jurado y suscrito por mi persona en este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

(INDIQUE TITULO DE OFICINA, NOTARIO PUBLICO, ETC. SELLO)

OBLIGACIONES, OCUPACIONES,  
NEGOCIOS; LLENE ESTA AREA

## ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD FISICA

Espero no ser capaz de asistir apropiadamente a mi centro de votación en el día de la elección/primaria debido a enfermedad o discapacidad física. La naturaleza de la cual, se describe abajo:

\_\_\_\_\_  
(INGRESE LA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD, AQUI)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE LA FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL VOTANTE)

Por este medio doy fe que la discapacidad física o enfermedad del votante arriba mencionado ocurrió en un momento en el que el era incapaz de solicitar una boleta en ausencia, a las \_\_\_\_\_ o antes de las 5:00 P.M. el Viernes antes de la elección.

(FIRMA DEL MEDICO)

Jurado y suscrito ante mi, en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

(INDIQUE TITULO DE OFICINA, NOTARIO PUBLICO, ETC. SELLO)

ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD FISICA,  
LLENE AQUI

La siguiente sección debe ser llenada por el solicitante, si es incapaz de firmar debido a enfermedad o discapacidad física. Por este medio indico que soy incapaz de firmar mi solicitud de boleta en ausencia porque no soy capaz de escribir, por motivo de mi enfermedad o discapacidad física. He hecho o he recibido ayuda para hacer mi marca en lugar de mi firma.

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

\_\_\_\_\_  
(MARCA)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN COMPLETA DEL TESTIGO)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL TESTIGO)

NOTA: Los votantes que requieran de asistencia para votar, deberán solicitar el Formato Especial por parte de la Junta Electoral del condado, para ser remitida con esta solicitud.

**ADVERTENCIA – SI USTED NO PUEDE VOTAR EN PERSONA EL DIA DE LA ELECCIÓN, USTED DEBERÁ IR A SU CENTRO DE VOTACIÓN, ANULAR SU BOLETA EN AUSENCIA Y VOTAR ALLÍ MISMO.**

