BOLETA PARA VOTAR EN AUSENCIA Y EMERGENCIA

(Para Emergencias Que Ocurran Después de las 5:00 P.M. el Viernes Antes de la Primaria o la Elección)

TODOS LOS VOTANTES DEBEN LLENAR ESTA SECCIÓN

Yo,_____declaro que soy un votante
(ESCRIBA SU NOMNRE 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; calificado 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 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:

_____

OBLIGACIONES, OCUPACIÓNES, NEGOCIOS; LLENE ESTA ÁREA

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 sabia 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)

ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD FISICA, LLENE AQUÍ

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___.

_____

_____
(STATE TITLE OF OFFICE, NOTARY PUBLIC, ETC. SEAL)

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.

Autorizado por _____ _____ _____

Firma del Juez de la Corte de Demandas Comunes | Nombre del Juez | Fecha