

Condado de Westchester Aplicación de Voto Ausente

Envielo a: Westchester County Board of Elections
25 Quarrapos Street
White Plains, NY 10601
(914) 995-5700

USTED PUEDE APLICAR PARA UNA O TODAS LAS ELECCIONES

GENERALES PRIMARIAS

ESPECIALES ANUALES _____

Por Favor Escriba Claro

Nombre _____
Dirección _____

Ciudad/Pueblo _____
Fecha de Nacimiento _____

Para Uso Oficial Solamente
CIUDAD/PUEBLO _____
DISTRITO ELECTORAL _____
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VOTANTE _____
PROCESADOR _____

Yo estoy registrado/a para votar en el Condado de Westchester y ahora estoy aplicando para votar en ausencia para todas las elecciones para las cuales estoy calificado para votar. Yo no se la razón por la cual no estoy calificado para votar.

for favor seleccione una razón en la izquierda y complete la información a la derecha.

- _____ 1. Viaje de Negocios
- _____ 2. Viaje de Vacaciones
- _____ 3. Educación (Atendiendo escuela fuera de el Condado de Westchester)
- _____ 4. Yo estare detenido en carcel por una ofensa que no es un crimen o esperando una acusación o una acción de el Gran jurado.
Nombre do la institución _____
- _____ 5. Temporalmente enfermo (en case)
- _____ 6. Temporalmente enfermo (en un Hospital)
Nombre de el Hospital _____
- _____ 7. Yo estoy permanentemente confinado, por favor llene la información en la sección de abajo.

Fecha que usted intenta estar fuera de el condado

De _____ A _____

Por favor declare donde va a estar el día de las elecciones.

DECLARACIÓN DE IMPEDIMENTO U ENFERMEDAD PERMANENTE: PARA SER PUESTO/A EN NUESTRA LISTA PERMANENTE

Declare el tipo de enfermedad u impedimento: _____

Yo estoy permanentemente confidado en: _____
(Nombre de residencia si esta confida en casa.)

ENVIE MI BOLETA A:

(aplica solo si la dirección es diferente a la de arriva)

ENTREGAR MI BOLETA A:

(Escriba el nombre de la persona que recojera la boleta)

La persona debera presentar una identificación con fotografia y lenar una tarjeta requerida en la oficina de elecciones al tiempo de recibir la boleta.

TODOS LOS APLICANTES DEBEN LLENAR UNA DE LA SIGUIENTES

Nota Especial: Poder de abogado o el uso de firma por sello no es aceptado.

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y entiendo que esta aplicacion sera aceptada para todos los propositos como la equivalencia de una declaración jurada y si tuviera falsa declaración estare sujeto a las mismos castigos que si hubiese jurdo en falso.

FECHA: _____ FIRMA DEL VOTANTE: _____

Si el aplicante no puede firma la aplicación por que esta enfermo o desabilitado fisicamente la siguiente declaración debe ser completada.

Por mi marca aquí bajo testigo. Yo declaro que no tengo la capacidad de fimar mi aplicación para una boleta de voto ausente sin ayuda. Porque yo no puedo escribir debido a la enfermedad o incapacidad fisica o por que no se léer o escribir. Por eso yo necesito recibir asistencia para poder hacer la marca de mi firma.

FECHA: _____ MARCA DE EL VOTANTE _____

Yo el que firma aquí certifico que el votante arriva nombrado puso su marca en esta aplicación en my presencia y yo se que es la persona que puso su marca en dicha aplicación y entiendo que esta misma sera aceptada para todos los propositos como la equivalencia de una declaración jurada y si tuviera falsa declaración estare sujeto/a a los mismos castigos que si hubiera jurado en falso.

FECHA: _____ FIRMA DE EL TESTIGO: _____

Esta aplicació debe ser marcada o sellada por la oficina de correos no menos de 7 dias antes de cada elección. O puede usted traerla personalmente y votar en las oficinas hasta las 5:00 de la tarde un dia antes de las