

SOLICITUD DE BOLETA DE VOTO EN AUSENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE.

Esta solicitud solo puede ser utilizada para elecciones de distritos escolares por votantes calificados que residan en un distrito escolar que proporcione el registro personal de votantes. Si la solicitud pide que se envíe por correo la boleta de voto en ausencia, la Secretaría del Distrito debe recibir la solicitud a más tardar 7 días antes de la elección para la cual se solicita la boleta de voto en ausencia. De lo contrario, la solicitud puede entregarse personalmente al Secretario del Distrito a más tardar el día anterior a la elección. Las solicitudes no pueden presentarse más de 30 días antes de la elección. Si está calificado(a) para votar en ausencia y se le emitió una boleta de voto en ausencia, la boleta en sí debe ser recibida por el Secretario del Distrito Escolar antes de las 5 p. m. del día de la elección para poder ser escrutada.

1	Solicito, de buena fe, una boleta de voto en ausencia debido a (marque una razón): <input type="checkbox"/> No estaré en el condado el día de las elecciones <input type="checkbox"/> Enfermedad temporal o discapacidad física, incluido, entre otros, el riesgo de contraer o propagar una enfermedad (p. ej., COVID-19) que pueda causar enfermedades al votante o a otros miembros del público <input type="checkbox"/> Enfermedad permanente o discapacidad física <input type="checkbox"/> Obligaciones relacionadas con la atención primaria de una o más personas enfermas o físicamente discapacitadas <input type="checkbox"/> Residente o paciente del Hospital de la Administración de Salud de Veteranos <input type="checkbox"/> Detención en la cárcel/prisión, en espera de juicio, en espera de la acción de un gran jurado, o en prisión por condena de un crimen o delito que no fue un delito grave						
2	Solicito boletas de voto en ausencia para las siguientes elecciones del distrito escolar: <input type="checkbox"/> Elección anual y votación del presupuesto <input type="checkbox"/> Nuevo voto presupuestario <input type="checkbox"/> Elección especial del distrito o referéndum						
3	Apellido	Nombre	Inicial del Segundo nombre	Sufijo			
4	Fecha de nacimiento / /	Distrito escolar en el que reside	Número de teléfono	Correo electrónico			
5	Dirección en la que reside		Calle	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
NY							
6	Para recibir la boleta de voto en ausencia del distrito, elija una de las opciones. <input type="checkbox"/> Deseo entrega de la boleta de voto en ausencia en la Oficina de la Secretaría del Distrito Escolar. <input type="checkbox"/> Autorizo a (nombre y apellido de la persona): _____ a que recoja mi boleta de voto en ausencia en la Oficina de la Secretaría del Distrito Escolar. <input type="checkbox"/> Envíeme la boleta de voto en ausencia por correo a la siguiente dirección: _____ Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código postal						

EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR ABAJO

7	Certifico que soy un votante calificado e inscrito. Por la presente declaro que lo anterior es una declaración verdadera a mi leal saber y entender, y entiendo que si hago cualquier declaración falsa en la anterior manifestación de solicitud de boletas de voto en ausencia, seré culpable de un delito menor.
	FECHA _____ FIRMA DEL VOTANTE _____

Si el solicitante no puede firmar debido a una enfermedad, discapacidad física o incapacidad para leer, se debe ejecutar la siguiente declaración: Con mi marca, debidamente atestiguada a continuación, declaro que no puedo firmar mi solicitud para una boleta de voto en ausencia sin asistencia porque no puedo escribir debido a mi enfermedad o discapacidad física o porque no puedo leer. He hecho, o tengo la ayuda para hacer, mi marca en lugar de mi firma. (No se permiten poderes notariales ni sellos de nombre preimpresos).

FECHA: _____ **NOMBRE DEL VOTANTE:** _____ **MARCA:** _____

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico que el votante arriba mencionado estampó su marca en esta solicitud en mi presencia y sé que él o ella es la persona que estampó su marca en dicha solicitud y entiendo que esta declaración será aceptada para todos los efectos como equivalente a una declaración jurada y si contiene una declaración materialmente falsa, me someteré a las mismas penas que si hubiera sido debidamente juramentado.

(Nombre en letra imprenta del testigo de la marca)

(Firma del testigo de la marca)

(Dirección del testigo de la marca)