

Solicitud de boleta de voto en ausencia para Mastics-Moriches-Shirley Community Library

(para elecciones, votaciones de presupuestos y referéndums de la biblioteca)

Escriba de manera clara en letra de molde.

Esta solicitud solo pueden usarla para elecciones de Mastics-Moriches-Shirley Community Library (MMSCSL) los votantes calificados que residan en un distrito escolar que permita el registro personal de votantes. Si en la solicitud se pide que la boleta de voto en ausencia se envíe por correo, la oficina comercial de MMSCSL debe recibir la solicitud, a más tardar, 7 días antes de la elección para la que se solicita la boleta de voto en ausencia. De lo contrario, la solicitud puede entregarse personalmente en la oficina comercial de MMSCSL, a más tardar, el día anterior a la elección. No pueden presentarse solicitudes más de 30 días antes de la elección. Si usted califica para votar en ausencia y envió una boleta de voto en ausencia, la oficina comercial de MMSCSL debe recibirla antes de las 5 p. m. del día de la elección para que el voto cuente.

1	Pido, de buena fe, una boleta de voto en ausencia por (marque un motivo): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausencia del condado en el día de la elección <input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física temporal <input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física permanente <input type="checkbox"/> Responsabilidades relacionadas con la atención primaria de una o más personas que tienen una enfermedad o discapacidad física <input type="checkbox"/> Residente o paciente de Veterans Health Administration Hospital <input type="checkbox"/> Detención en la cárcel/prisión, a la espera de un juicio, a la espera de una decisión de un gran jurado, o en prisión por un delito que no fue un delito grave
----------	--

2	Pido una boleta de voto en ausencia para las siguientes elecciones de la biblioteca: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elección anual y votación del presupuesto <input type="checkbox"/> Segunda votación del presupuesto <input type="checkbox"/> Referéndum o elección especial del distrito <input type="checkbox"/> Cualquier elección que se haga entre estas fechas: la ausencia comienza el: ___/___/___ y finaliza el: ___/___/___
----------	--

3	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

4	Fecha de nacimiento ___/___/___	Distrito escolar donde reside	Número de teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

5	Dirección donde vive (residencia) Calle	Apto.	Ciudad	Estado NY	Código postal
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

6	Entrega de la boleta de voto en ausencia de la biblioteca (marque una opción) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entregármela en persona en la oficina comercial de MMSCSL. <input type="checkbox"/> Autorizo a (nombre) _____ a recoger mi boleta en la oficina comercial de MMSCSL. <input type="checkbox"/> Enviarme la boleta por correo a: (dirección postal) <p>_____</p> <p>N.º de calle Nombre de calle Apto. Ciudad Estado Código postal</p>
----------	---

El solicitante debe firmar abajo

7	Certifico que soy un votante calificado y registrado. Por la presente declaro que la información de arriba es verdadera a mi leal saber y entender, y entiendo que, si hago alguna afirmación importante falsa en la declaración de arriba para solicitar una boleta de voto en ausencia, seré culpable de un delito menor. <p>Fecha: _____ Firma del votante: _____</p>
----------	---

Si el solicitante no puede firmar por una enfermedad, discapacidad física o imposibilidad de leer, debe hacerse la siguiente declaración: Mediante mi marca, debidamente testificada abajo, declaro, por la presente, que no puedo firmar mi solicitud de boleta de voto en ausencia sin ayuda porque no puedo escribir por mi enfermedad o discapacidad física, o porque no sé leer. Hice esta marca, o me ayudaron a hacerla, en lugar de mi firma. (No se permiten poderes ni sellos con el nombre preimpreso).
Fecha: ___/___/___ Nombre del votante: Marca: _____

Yo, quien suscribe, por la presente certifico que el votante nombrado arriba puso su marca en esta solicitud en mi presencia y soy testigo de que es la persona que puso la marca, y entiendo que esta declaración se aceptará en todos los casos como equivalente a una declaración jurada y que, si tuviera alguna declaración importante falsa, estaré sujeto a las mismas sanciones que corresponderían si la hubiera hecho bajo juramento.

(Dirección del testigo de la marca)

(Firma del testigo de la marca)

