

Formulario estatal para solicitar una boleta de voto por correo

(s. 101.62, F.S.)

Para solicitar una boleta de voto por correo, debe completar sólo la sección superior.
Para solicitar una boleta de voto por correo para alguien que directamente le indicó que lo hiciera, llene ambas secciones.

Nombre del votante:

Fecha de nacimiento del votante: / /

Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación de la Florida (FL DL o FL ID) del votante:

Si no tiene FL DL o FL ID, proporcione los últimos 4 dígitos del número de su seguro social:

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

--	--	--	--

Domicilio del votante:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal del votante para recibir boletas:
(solo si difiere del domicilio)

Estado:

Código postal:

País, si se encuentra fuera de Estados Unidos:

Ciudad:

Actualice mi **dirección residencial** y/o mi **dirección postal** en mi registro de votante con la información mencionada anteriormente.

Número de teléfono (opcional):

Correo electrónico (opcional):

Esta solicitud es válida para todas las elecciones que se realicen hasta el final del año calendario de la próxima elección general. Si solo desea una boleta para elecciones específicas, enumérelas aquí:

Firma del votante: _____

Fecha: / /

(no es obligatorio si el votante es un votante ausente de los servicios uniformados o un votante en el extranjero, o si la solicitud la realiza una persona designada)

También debe completar la siguiente sección si solicita una boleta de voto por correo para otra persona.

Nombre del designado:

Domicilio del designado:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación (DL o ID) del designado:

Si no tiene DL o ID, proporcione los últimos 4 dígitos del número de su seguro social:

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

--	--	--	--

Número de teléfono (opcional):

Correo electrónico (opcional):

Relación de la persona designada con el votante:

- Cónyuge
 Padre
 Hijo
 Abuelo
 Nieto
 Hermano

- Padre del cónyuge del votante
 Hijo del cónyuge del votante
 Abuelo del cónyuge del votante
 Nieto del cónyuge del votante

- Hermano del cónyuge del votante
 Tutor legal del votante
 Designado para un votante con discapacidad

Firma del designado: _____

Fecha: / /

El votante me indicó directamente que le hiciera esta solicitud.