# Formulario de petición por correo de boleta electoral a nivel estatal

(s. 101.62. F.S.)

**Para pedir una boleta electoral por correo, usted debe completar sólo la sección superior.**
**Para pedir 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 (FL ID) tarjeta de

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | - | | | | - | | | - | | | | |

Si no, los últimos 4 dígitos del número de seguridad social: DL o FL ID, luego proporcione

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Domicilio del votante:** _____

**Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

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

_____ **Ciudad:** _____

**Estado:** _____ **Código postal:** _____ **País, si se encuentra fuera de Estados Unidos:** _____

Por favor actualice mi ☐ **dirección residencial** y/o mi ☐ **dirección postal** en mi registro de votante con la información mencionada anteriormente.

Número de teléfono (opcional): _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

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

**Firma del votante:** _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____
(no es obligatorio si el votante es un votante ausente perteneciente a 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 del designado o de tarjeta de identificación:

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

Si no, los últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social DL o ID, luego proporcione

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

Número de teléfono (opcional): _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

**Relación de la persona designada con el votante:**

- ☐ Cónyuge
- ☐ Padre
- ☐ Hijo
- ☐ Abuelo
- ☐ Nieto
- ☐ Hermanos
- ☐ 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.