SOLICITUD DE BOLETA PARA VOTANTES AUSENTES DEL CONDADO DE ONONDAGA
(8-400)

Junta Electoral del condado de Onondaga-1000 Erie Blvd West-Syracuse NY 13204- 315-435-8683 www.onvote.net

Las solicitudes se deben firmar y entregar a la Junta Electoral del condado de Onondaga a más tardar el día anterior al día de elecciones a las 5:00 p.m., o se deben sellar a más tardar siete (7) días antes del día de elecciones. **Este formulario se puede enviar por correo electrónico a absentee@ongov.net.**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: _____

Envíe la boleta por correo a esta dirección: (Las boletas se envían por correo aproximadamente 30 días antes de cada elección.)

_____

_____

Designo a esta persona para recoger mi boleta: _____

Las boletas para votantes ausentes se requieren para estas elecciones:

☐ **Generales:** 3 de noviembre de 2020

Si solicita para más de una elección, dé fechas específicas dentro del año calendario:

Cualquier elección celebrada entre estas fechas: del _____ al _____

PIDO UNA BOLETA PARA VOTANTES AUSENTES POR:

☐ Ausente del condado

☐ Cuidador principal de personas enfermas o con discapacidades

☐ Detención en prisión en espera de la decisión del gran jurado o un Juicio o encarcelado por un delito que no sea un delito grave

☐ Enfermedad o discapacidad temporal (para ser utilizado para problemas de pandemia de COVID-19)

☐ Enfermedad o discapacidad permanente
**Una condición de votante ausente permanente lo califica para recibir automáticamente una boleta para votantes ausentes para cada elección para la que califica sin una solicitud nueva*

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR ABAJO

(No se aceptará la firma del "Poder notarial". Solo si el formulario se envía por correo electrónico no se requiere firma, pero también se aceptan firmas digitales.)

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta, que entiendo que esta solicitud se aceptará para todos los fines como el equivalente a una declaración jurada y que, si contiene alguna declaración falsa, me someterá a las mismas sanciones como si se hubiera dado bajo juramento

FIRMA_____ **Fecha**_____

ESTA SECCIÓN LA DEBEN COMPLETAR SOLO LAS PERSONAS QUE NO PUEDAN FIRMAR
(No se aceptará la firma del "Poder notarial")

Por la presente, declaro que no puedo firmar mi solicitud de boleta para votantes ausentes sin ayuda porque no puedo escribir a causa de mi enfermedad o discapacidad física, o porque no sé leer. Recibí ayuda para hacer mi marca en lugar de mi firma.

Fecha _____ Marca del solicitante_____

Yo, quien suscribe, por la presente certifico que el votante nombrado arriba estampó su marca en esta solicitud en mi presencia y que es de mi conocimiento que es la persona que estampó su marca en la solicitud, y entiendo que esta declaración se aceptará para todos los fines como el equivalente a una declaración jurada y que, si contiene alguna declaración falsa, me someterá a las mismas sanciones como si se hubiera dado bajo juramento.

Firma del testigo _____Dirección_____

SELLO CON LA HORA	☐ Votó en sede ☐ Se tomó la boleta _____ Iniciales del personal	**FOR OFFICE USE ONLY** Party _____ Registration #_____ Ward/Town/Dist_____