



Aplicación para Boleta de Voto Ausente del Condado de Ulster

Por Favor escriba claramente y envíe por correo a:

Ulster County Board of Elections
284 Wall Street
Kingston, NY 12401

For Board Use Only
Town/Dst: _____
Reg #: _____
Party: _____
Absentee Type: _____
BOE Initials: _____

Nombre y Apellido: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

1. Entrega de boleta para la Elección (marque uno):
<input type="checkbox"/> Recoger en persona en la oficina de la Junta de Elecciones
<input type="checkbox"/> Yo autorizo a (nombre): _____ para recoger mi boleta en la oficina de la Junta de Elecciones
<input type="checkbox"/> Mandar el votacion por correo electrónica a la dirección arriba indicada oa la dirección postal siguiente: _____
No. de calle. Nombre de calle Apt. Ciudad Estado Código Postal

2. Estoy solicitando, en buena fe, una boleta de voto ausente debido a (marque una razón):
<input type="checkbox"/> ausencia en el condado en el día de la elección <input type="checkbox"/> ser paciente de o internado en un hospital para veteranos
<input type="checkbox"/> enfermedad temporaria o incapacidad fisica <input type="checkbox"/> estar detenido en la cárcel, esperando un juicio, esperando
<input type="checkbox"/> enfermedad permanente o incapacidad fisica acción por un gran jurado, o estar encarcelado por una
<input type="checkbox"/> obligaciones relacionadas con en cuido de un(os) convicción por un delito no mayor individuo(s) que están enfermos o físicamente incapacitados

3. Solicito boleta(s) de voto ausente para las siguientes elecciones:
<input type="checkbox"/> Elección Primaria <input type="checkbox"/> Elección General <input type="checkbox"/> Elección Especial
<input type="checkbox"/> Elecciones durante estas fechas: ausencia comienza: ___/___/___ ausencia termina ___/___/___

Solicitante Debe Firmar la Sección Completa 4 o 5 Abajo

4. Yo certifico que soy un votante calificado e inscrito (y para la primaria inscrito) y que la información en esta aplicación es verdadera y correcta y que esta aplicación será aceptada para todo propósito como el equivalente de declaración jurada y que si contiene declaración falsa, me hará sujeto a las mismas penalidades como si fuese hecha bajo juramento.
Firme Aquí: <u> X </u> _____
Fecha: ___/___/___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

5. Si el solicitante no puede firmar por enfermedad, incapacidad fisica o inhabilidad de leer, el siguiente testamento debe ser ejecutado: Por mi marca, bajo testigo, yo por este medio declaro que no puedo firmar mi aplicación para una boleta de voto ausente sin asistencia porque no puedo escribir debido a mi enfermedad, o incapacidad fisica o porque no puedo leer. He obtenido asistencia en hacer mi marca en lugar de mi firma. (No se permite sello de abogado o sello impreso con su nombre.
Fecha: ___/___/___ Nombre de Votante: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Marca: _____
Yo, el firmante abajo, por este medio certifico que el votante, cuyo nombre aparece arriba, hizo su marca en esta aplicación en mi presencia y se que el/ella es la persona que puso su marca a dicha aplicación y entiendo que esta declaración será aceptada para todo propósito como el equivalente de una declaración jurada y que si contiene declaración falsa, me hará sujeto a las mismas penalidades como si fuera debidamente jurado.
_____ (firma de testigo a marca)
_____ (dirección de testigo a marca)

ESTA APLICACIÓN DEBE SER ENTREGADA PERSONALMENTE A LA JUNTA DE ELECCIONES DE SU CONDADO NO MAS TARDE DEL DÍA ANTES DE LA ELECCIÓN A LAS CINCO DE LA TARDE, O SER ENVIADA CON SELLO POSTAL NO MAS TARDE DE 7 DIAS ANTES DEL DIA DE LA ELECCIÓN