

# SOLICITUD DE BOLETA DE VOTO EN AUSENCIA DEL PUEBLO DE QUOGUE

7 Village Lane PO Box 926, Quogue, Nueva York 11959

Imprima claramente

Para recibir una boleta de voto ausente:

**En persona:** la solicitud debe entregarse personalmente en la oficina del secretario del pueblo a más tardar el día anterior a la elección. Ley Electoral § 15-119(7)

**Por correo:** la solicitud debe recibirse en la oficina del secretario del pueblo a más tardar el séptimo día antes de las elecciones. Ley Electoral § 15-119(7) La boleta en sí debe ser recibida por la oficina del secretario del pueblo a más tardar al cierre de las urnas el día de las elecciones para poder ser escrutada. Ley Electoral § 15-119(10)

1.	Solicito, de buena fe, una boleta de voto ausente debido a (marque uno):	
	<input type="checkbox"/> ausencia del condado el día de las elecciones!	<input type="checkbox"/> paciente o recluso en un hospital de veteranos
	<input type="checkbox"/> enfermedad temporal o discapacidad física	<input type="checkbox"/> detención en cárcel/prisión, en espera de juicio, en
	<input type="checkbox"/> enfermedad permanente o discapacidad física	espera de acción de un gran jurado, o en prisión por
	<input type="checkbox"/> Deberes relacionados con la atención primaria de una o más personas enfermas o físicamente discapacitadas.	una condena por un delito o delito que no fue un delito grave.

2.	Boleta(s) de voto ausente solicitadas para las siguientes elecciones:	
	<input type="checkbox"/> 21 de junio de 2024 Elecciones de aldea	<input type="checkbox"/> Todas las elecciones restantes del año calendario de la Villa

3.	Apellido:	Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.	Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA	Número de teléfono (opcional)	Condado:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.	Dirección donde vive:		
	Calle: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>

6.	Entrega de boleta electoral en ausencia (marque una)	
	<input type="checkbox"/> Entregamela personalmente en la Secretaría del Pueblo. Autorizo a (dar nombre): <input type="text"/>	a recoger mi boleta en la Oficina del Secretario Municipal.
	<input type="checkbox"/> Enviemela boleta por correo (dirección postal):	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN:

7.	Certifico que soy un votante calificado y registrado; y la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta y que esta solicitud será aceptada para todos los efectos como el equivalente de una declaración jurada y, si contiene una declaración materialmente falsa, me someteré a las mismas sanciones que si hubiera sido debidamente jurado.	
	FIRME AQUÍ: <input type="text"/>	FECHA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Firma o Marca del Elector) DD/MM/AAAA

Si el solicitante no puede firmar debido a enfermedad, discapacidad física o incapacidad para leer, se deberá otorgar la siguiente declaración:

Por mi marca, debidamente atestiguada aquí por la presente, declaro que no puedo firmar mi solicitud para una boleta de voto ausente sin asistencia porque no puedo escribir por algún motivo o mi enfermedad o discapacidad física o porque no puedo leer. He hecho, o tengo ayuda para hacer, mi marca en lugar de mi firma.

(No se permiten poderes ni sellos con nombres preimpresos. Consulte las instrucciones detalladas).

Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nombre del votante: <input type="text"/>	Marca: <input type="text"/>
DD/MM/AAAA		

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico que el votante mencionado anteriormente colocó su marca en esta solicitud en mi presencia y sé que él o ella es la persona que colocó su marca en dicha solicitud y entiendo que esta declaración será aceptado para todos los efectos como el equivalente de una declaración jurada y si contiene una declaración materialmente falsa, me someteré a las mismas penas que si hubiera sido debidamente jurado.

Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma del testigo: <input type="text"/>
DD/MM/AAAA	Dirección del Testigo: <input type="text"/>