



# Aplicación para el Programa de Votar por Correo para Incapacitados

Para votantes a los que no les es posible votar en un precinto electoral el Día de las Elecciones debido a una incapacidad física permanente.

Este programa permite a los votantes permanentemente incapacitados recibir automáticamente una solicitud de boleta para votar por correo para cada elección durante los próximos cinco años. Para recibir una boleta para votar por correo, los votantes deben llenar y devolver esta solicitud antes de cada elección.

**! Su médico debe llenar esta solicitud y declaración jurada ante un notario público.**

La oficina del Secretario tramitará esta solicitud y le enviará por correo una Tarjeta de Identificación de Votante Incapacitado que indicará su número de identificación como votante incapacitado.

Bajo las penalidades establecidas en la Sección 29-10 (perjurio) del Código Electoral de Illinois, afirmo que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y correctas. Estoy solicitando una Tarjeta de Identificación de Votante Incapacitado porque tengo una incapacidad permanente que hace improbable que pueda votar en persona en el precinto electoral en cualquier elección futura.

**1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la dirección del solicitante.**

nombre	fecha de nacimiento	SSN (últimos 4 dígitos)
dirección		
ciudad	código postal	
# de teléfono	dirección de correo electrónico	

**2. Escriba en letra de imprenta la dirección a la que debe enviarse por correo la Tarjeta de Identificación de Votante Incapacitado.**

nombre		
dirección		
ciudad	estado	código postal

<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> firma o marca del solicitante	fecha
--	-------

## Affidavit of Attending Physician

*(Esta sección debe ser llenada por el médico del solicitante)*

Under penalties pursuant to 29-10 (perjury) of the Illinois Election Code, I affirm that all of the statements on this application are true and correct. I am an attending physician and have examined the patient in the state where I am licensed to practice medicine. I believe he/she will be physically incapable of going to a polling place at any future election for the reason stated below.

**1. Please print the following patient information.**

name of patient
nature of disability

**2. Please print the following patient information.**

name of physician	date licensed
state licensed to practice in	
signature of physician	date

Devuelva esta solicitud a:  
Cook County Clerk's Office  
Attn: Disability Program  
69 W. Washington St., Room 500, Chicago, IL. 60602

For Office Use Only	Voter ID #	<input type="text"/>
	Township: _____	Precinct: _____

**! Si tiene alguna pregunta, llame al 312 603 0938.**