

Solicitud de Boleta para Votar por Correo para Pacientes Admitidos de Emergencia

Para votantes que han sido admitidos a un hospital/hogar de ancianos/centro de rehabilitación, catorce días o menos antes del Día de las Elecciones.

elección: _____ fecha de elección: _____

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 boleta para votar por correo, la cual devolveré a la oficina del Secretario del Condado de Cook antes del cierre de las urnas a las 7 pm, el Día de las Elecciones. Según la ley estatal, las boletas recibidas despues, no podrán ser contadas. Yo he residido en la siguiente dirección un mínimo de 30 días antes de la fecha de la elección indicada en esta solicitud. Estoy legalmente autorizado para votar en estas elecciones.

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

nombre

dirección

ciudad

código postal

distrito municipal

de distrito electoral (precinto)

de circunscripción (aplica solo para Berwyn y Evanston)

- 2 Fuí admitido al hospital/hogar de ancianos/centro de rehabilitación catorce días o menos antes del Día de las Elecciones y no espero ser dado de alta antes ese día.

naturaleza de la enfermedad/lesión

fecha de admisión

nombre del hospital/hogar de ancianos/centro de rehabilitación

dirección

ciudad

estado

código postal

firma del paciente

- 3 Marque en la casilla correspondiente el partido por el cual usted desea votar por correo (solo aplica para elecciones primarias).

Primarias del Partido Demócrata

Primarias del Partido Republicano

Primarias _____
(si fuese aplicable)

Primarias no partidarias
(si fuese aplicable)

Certificate of Attending Physician (Esta sección debe ser llenada por el médico del solicitante)

Under penalties pursuant to Section 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 and do not expect the patient to be released from the hospital on or before Election Day.

- 1 Please print the following patient information.

name of patient

nature of illness

date admitted

name of facility

address

city/village

state

zip code

- 2 Please print the following physician information.

name of physician

state licensed to practice in

date licensed

signature of physician

! Devuelva esta solicitud en persona a: Cook County Clerk's Office,
69 W. Washington St., Room 500, Chicago, IL 60602.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Ruth Williams al 312 603 0929.

Declaración jurada para entrega personal de boleta para votante admitido en un hospital/hogar de ancianos o clínica de reposo/centro de rehabilitación

Complemento a la Solicitud de Boleta para Votar por Correo para Paciente de Emergencia

fecha de las elecciones: _____

Bajo penalidades de acuerdo con la Sección 29/10 (perjurio) del Código Electoral de Illinois, afirmo que todas las declaraciones contenidas en esta declaración jurada son verdaderas y correctas. Soy pariente del votante admitido en un hospital/hogar de ancianos o clínica de reposo/centro de rehabilitación o un votante registrado del mismo distrito electoral (precinto) y se me ha pedido que devuelva su boleta a la oficina del Secretario del Condado de Cook antes de que cierren las urnas a las 7 p.m. el Día de las Elecciones. Bajo las leyes estatales, las boletas recibidas después de esa hora no serán contadas.

Yo, _____ juro solemnemente (o afirmo) que soy (marque una):
escriba el nombre en letra imprenta

pariente del votante admitido cuyo nombre aparece en la Solicitud de Boleta para Votar por Correo para Paciente de Emergencia. _____
escriba en letra imprenta la naturaleza de la relación

o

un votante registrado que reside en el mismo distrito electoral (precinto) del votante admitido cuyo nombre aparece en la Solicitud de Boleta para Votar por Correo para Paciente de Emergencia.

_____ ha solicitado que obtenga y le entregue una boleta para votar
escriba en letra imprenta el nombre del votante admitido
 por correo, en la cual él/ella votará. Después de que el votante admitido haya votado en su boleta, yo devolveré la boleta bien cerrada a la oficina del Secretario del Condado de Cook antes de las 7 pm, el Día de las Elecciones.

Por favor, escriba en letra de molde la siguiente información y firme donde se indica.

 nombre de la persona que entrega la boleta

 dirección

 ciudad

 código postal

 distrito municipal

 firma

! Este formulario debe acompañar la Solicitud de Boleta para Votar por Correo para Paciente de Emergencia. Debe ser entregado en persona en la Oficina del Secretario del Condado de Cook: 69 W. Washington St., Room 500, Chicago, IL 60602.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Ruth Williams at 312 603 0929.