

# Condado de Westchester Aplicación de Voto Ausente

Año \_\_\_\_\_

Usted puede aplicar para una o todas las Elecciones

Usted debe indicar los días que estará ausente del Condado

- General / Fechas: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Primaria/ Fechas: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Especial/Fechas/ : Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Pueblo/ Fechas: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Primaria Presidencial/Fechas: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enviar A:

Westchester County Board of Elections  
25 Quarropas Street  
White Plains, New York 10601  
(914) 995-5700

## DIRECCION RESIDENCIAL EN EL CONDADO DE WESTCHESTER

Por favor escriba claro

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

CIUDAD/PUEBLO \_\_\_\_\_

DISTRITO ELECTORAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VOTANTE \_\_\_\_\_

PROCESADOR \_\_\_\_\_

Yo estoy registrado/a para votar en el Condado de Westchester y ahora estoy aplicando para votar en papeleta de voto ausente para todas las elecciones en las cuales estoy calificado para votar. Yo no se la razón por la cual no estoy calificado para votar. Espero en buena fe estar ausente del Condado de Westchester en el día de la elección(S) indicado debajo por una de las siguientes razones

### POR FAVOR SELECCIONE UNA RAZÓN EN LA IZQUIERDA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN A LA DERECHA

- \_\_\_\_ 1. **Viaje de Negocios.** Llene la información a la derecha ▶
- \_\_\_\_ 2. **Viaje de Vacaciones.** Llene la información a la derecha ▶
- \_\_\_\_ 3. **Educación** (Atendiendo escuela fuera del Condado de Westchester) Llene la información a la derecha ▶
- \_\_\_\_ 4. Yo estaré detenido en **cárcel** por una ofensa que no es un crimen o esperando una acusación o una acción de el Gran jurado Llene la información a la derecha ▶
- \_\_\_\_ 5. **Temporalmente enfermo** (en casa) Llene Debajo ▼ y a la derecha ▶
- \_\_\_\_ 6. **Temporalmente enfermo** (en un Hospital) Llene debajo a la derecha ▶

**Tipo de enfermedad:** \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_ 7. Yo estoy **permanentemente confinado**, por favor llene la información en la sección de abajo ▼ y a la derecha ▶

POR FAVOR DECLARE: DONDE VA A ESTAR EL DIA DE ELECCION (NOMBRE Y DERECCION) NEGOCIOS, VACACION, ESCUELA, INSTITUSION, HOSPITAL (NOMBRE DEL MEDICO O MEDICO DE CIENCIA CRISTIANA

**\* VIAJANDO EL DIA DE LA ELECCION \***  
INDIQUE TIEMPO  
SALIDA: \_\_\_\_\_  
REGRESO: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE IMPEDIMENTO O ENFERMEDAD PERMANENTE: PARA SER PUESTO/A EN NUESTRA LISTA PERMANENTE

Declare el tipo de enfermedad o impedimento: \_\_\_\_\_

Yo estoy permanentemente confinado en: \_\_\_\_\_

(Nombre de residencia si esta confinado en casa)

### ENVIE MI BOLETA A:

(Aplica SOLAMENTE si la dirección es diferente a su residencia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ENTREGAR MI BOLETA A:

Escriba el nombre de la persona que recogerá la boleta

La persona deberá presentar una identificación con fotografía y llenar una tarjeta requerida en la oficina de elecciones al tiempo de recibir la boleta.

### TODOS LOS APLICANTES DEBEN LLENAR UNA DE LAS SIGUIENTES

Nota Especial: Poder de abogado o el uso de firma por sello no es aceptado.

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y entiendo que esta aplicación será aceptada para todos los propósitos como la equivalencia de una declaración jurada y si tuviera falsa declaración estaré sujeto a los mismos castigos que si hubiese jurado en falso.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL VOTANTE: \_\_\_\_\_

Si el solicitante no puede firmar la aplicación por que esta enfermo o deshabilitado físicamente la siguiente declaración debe ser completada.

Por mi marca aquí bajo testigo. Yo declaro que no tengo la capacidad de firmar mi aplicación para una boleta de voto ausente sin ayuda. Porque yo no puedo escribir debido a la enfermedad o incapacidad física o por que no se leer o escribir. Por eso yo necesito recibir asistencia para poder hacer la marca de mi firma.

FECHA: \_\_\_\_\_ MARCA DE VOTANTE: \_\_\_\_\_

Yo el que firma aquí certifico que el votante arriba nombrado puso su marca en esta aplicación en mi presencia y yo se que es la persona que puso su marca en dicha aplicación y entiendo que esta misma será aceptada para todos los propósitos como la equivalencia de una declaración jurada y si tuviera falsa declaración estaré sujeto/a, a los mismos castigos que si hubiera jurado en falso.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_

ESTA APLICACION DEBE SER MATASELLADA NO MAS TARDE DE SIETE (7) DIAS ANTES DE LA ELECCION O USTED PUEDE APLICAR EN PERSONA Y VOTAR HASTA LAS 5:00 PM DEL DIA ANTES DE LA ELECCION.

Revised: