

SOLICITUD ANUAL DE VOTO POR CORREO VOTANTE DISCAPACITADO O ENFERMO

§§ 24.2-700, 24.2-701, 24.2-703.1 y 24.2-704, Código de Virginia

**VEA EL REVERSO PARA FECHAS DE VENCIMIENTO E
INSTRUCCIONES COMPLETAS**

FOR REGISTRAR USE ONLY

PCT: _____ APP # _____ DATE THIS APP. RECEIVED _____

DATE STATEMENT FILED BY PHYSICIAN/PROVIDER/PRACTITIONER: _____

REGISTERED: YES NO REVIEWED BY: _____ACCEPTED: YES NO REASON DENIED: _____

PARTE A DECLARACIÓN DEL VOTANTE AUSENTE --

- Estoy registrado para votar en el condado/ la ciudad de: _____
- No puedo presentarme personalmente a votar el día de la elección por mi discapacidad o enfermedad, y es probable que continúe discapacitado o enfermo durante el resto del año calendario. (Naturaleza de la discapacidad o enfermedad [obligatorio]: _____)
- Solicito recibir una boleta ausente en cada elección para la que cumpla con los requisitos para votar durante el año calendario 20__
- También solicito boletas para cada primaria para las nominaciones del [tilde no más de una opción; si no tilda ningún partido, no le enviaremos boletas para las primarias]: Partido Demócrata Partido Republicano

NECESITARÉ AYUDA PARA MARCAR MI BOLETA debido a discapacidad, ceguera o incapacidad para leer o escribir (o necesito la boleta traducida a otro idioma). [Si usted tilda este casillero, el formulario solicitado será enviado junto con su boleta.]

[Tilde una]:

Envío mi PRIMERA *Solicitud Anual de Boleta Ausente* y la *Declaración de discapacidad o enfermedad* (que está a continuación) fue firmada por mi médico u otro proveedor licenciado de servicios para discapacitados del estado o practicante religioso acreditado.

Esta NO es mi primera *Solicitud anual*. [Parte C La Declaración de discapacidad o enfermedad no es necesaria para la segunda Solicitud anual o las posteriores.]

Envíeme la boleta a mí a [tilde una opción]:

El domicilio indicado a continuación donde actualmente estoy registrado/a. [Este domicilio será utilizado si no recibimos otro domicilio, o si usted no marca otro.]

Mi nuevo domicilio residencial en Virginia indicado en el reverso.

El domicilio impreso a la derecha, donde estoy temporalmente confinado debido a una enfermedad o discapacidad, o donde estaré mientras estoy fuera de mi condado/ciudad.

Nota: la boleta no puede enviarse "a cargo de " a ninguna otra persona. Las boletas únicamente podrán ser enviadas al domicilio arriba indicado.

NOTA: Cuando usted regrese de este domicilio temporal, usted debe informar al Registro (por teléfono o completando una nueva Solicitud Anual) para que las futuras boletas sean enviadas a su residencia. Si su boleta se devuelve por "imposibilidad de entrega", no se podrán enviar boletas adicionales hasta que una nueva solicitud no sea presentada y aceptada.

Domicilio

Ciudad/Pueblo

Estado

Código postal

Declaro bajo delito grave contra la ley que, en mi leal saber y entender, los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos y correctos, y que no he votado ni votaré en las elecciones por las cuales presento esta solicitud en cualquier otro momento o lugar en Virginia o en cualquier otro estado.

Nombre completo del Votante Ausente

Domicilio de residencia legal en Virginia

Ciudad/Pueblo

Código postal

Número de seguro social [últimos 4 dígitos obligatorios]

Código de Área

Teléfono diurno

Firma del solicitante

Fecha

PARTE B DECLARACIÓN DEL ASISTENTE

[ÚNICAMENTE es obligatoria si el solicitante no puede firmar debido a su discapacidad o incapacidad para leer o escribir. El casillero de Asistencia también debería estar tildado.]

Declaro, bajo delito grave contra la ley, que:

- He escrito en la línea correspondiente a la firma del solicitante: "**Solicitante no puede firmar**"
- He firmado y suministrado la información solicitada a continuación

Nombre completo del asistente

Domicilio residencial del asistente

Ciudad/Pueblo

Código postal

Firma del asistente

PARTE C DECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD [Esta declaración ÚNICAMENTE es obligatoria para la PRIMERA Solicitud anual.]

Yo, [ESCRIBA EL NOMBRE] _____, **certifico que el solicitante arriba mencionado es incapaz de presentarse personalmente a votar el día de la elección debido a su discapacidad o enfermedad, y es probable que continúe discapacitado o enfermo durante el resto del año calendario.**

FIRMA: _____ FECHA: _____ TELÉFONO DIURNO: _____

YO SOY EL [DEBE MARCAR UNA]: MÉDICO LICENCIADO PRESTADOR LICENCIADO DE SERVICIOS PARA DISCAPACITADOS PRACTICANTE RELIGIOSO ACREDITADO DEL SOLICITANTE

[SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE LAS CALIFICACIONES PARA UTILIZAR ESTA SOLICITUD O FIRMAR ESTA DECLARACIÓN, VEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO.]

ADVERTENCIA: HACER UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO DE MANERA INTENCIONAL CONSTITUYE EL CRIMEN DE FRAUDE ELECTORAL, QUE ESTÁ CASTIGADO BAJO LAS LEYES DE VIRGINIA COMO UN DELITO GRAVE. LOS VIOLADORES PODRÁN SER

SENTENCIADOS HASTA 10 AÑOS DE PRISIÓN, O HASTA 12 MESES EN LA CARCEL Y/O MULTADOS HASTA \$2,500 DÓLARES. USTED TAMBIÉN PUEDE PERDER SU DERECHO A VOTAR.

Aviso de la Ley de Privacidad: este formulario exige que usted indique los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social para identificarlo y para evitar fraudes. Su solicitud será rechazada si usted no suministra esta o cualquier otra información necesaria para determinar su calificación para votar. Las leyes federales (la Ley de Privacidad y la Ley para Ayudar a Estados Unidos a Votar) y las leyes estatales (la Constitución de Virginia, Artículo II, § 2, Título 24.2 del Código de Virginia y la Ley de Recolección de Información y Prácticas de Divulgación del Gobierno) autorizan la recolección de información y restringen su uso únicamente para motivos oficiales.

SBE-703.1 REV 1/10

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Esta *Solicitud Anual de Voto por Correo* podrá ser utilizada por cualquier votante registrado que . . .

- no pueda presentarse personalmente a votar el día de la elección por una discapacidad o enfermedad
- y que sea probable que continúe discapacitado o enfermo durante el resto del año calendario.

Una vez aceptada su solicitud, le enviaremos una boleta por correo para cada elección en la que usted cumpla con los requisitos para votar, incluyendo las elecciones generales y cualquier elección especial. Usted no tendrá que volver a solicitar una boleta para cada elección por separado. Per o usted deberá enviar una Solicitud Anual por cada año en que usted cumpla con los requisitos y desee continuar votando como ausente. (Le enviaremos una *Solicitud Anual* por correo en el mes de diciembre de cada año para cursar la solicitud del año siguiente.)

Si usted solicita boletas para las primarias designando un partido político, y se celebra cualquier elección primaria para las nominaciones de ese partido, usted también recibirá la boleta en forma automática.

¿Estoy obligado a indicar un partido político?

- .. No. Las leyes de Virginia no obligan a la persona a identificar una preferencia de partido político (ejemplo: Partido Republicano o Partido Demócrata), excepto cuando se solicitan boletas para las primarias. Usted podrá votar en las primarias de cualquiera de los partidos, pero no en ambas primarias celebradas el mismo día. Si usted quiere cambiar su solicitud de boletas para las primarias, simplemente presente una nueva *Solicitud Anual* antes que le hayamos enviado su boleta de las primarias por correo. Si usted recibe una boleta que usted no desea utilizar, o si necesita una boleta de reemplazo, llame a su oficina de Registro para obtener instrucciones.

¿Cuáles son los requisitos especiales para la Solicitud Anual?

- .. Únicamente en su PRIMERA Solicitud Anual, usted debe hacer que su médico, practicante religioso acreditado u otro proveedor licenciado de servicios para discapacitados (ver definiciones a continuación) firme y complete la *Declaración de Discapacidad o Enfermedad* (Parte C de la solicitud). Esta Declaración no es de presentación obligatoria en su *SEGUNDA Solicitud Anual o posteriores*.

"Practicante religioso acreditado " es una persona capacitada en sanación espiritual u otras artes de sanación y acreditada por una orden religiosa formal. La firma de un ministro que no está tan capacitado y acreditado (ordenado o similar) no resulta aceptable. [§24.2-705, Código de Virginia]

"Otro proveedor licenciado de servicios para discapacitados " es una persona, entidad u organización (excluyendo una agencia del gobierno federal) que tiene la licencia del Departamento de Salud del Comportamiento y Servicios. La firma de la persona licenciada como proveedor o del representante de la entidad u organización legal licenciataria es aceptable. [§§ 24.2-703.1 y 37.2-403, Código de Virginia]

PARTE A: DECLARACIÓN DE VOTANTE AUSENTE

- Complete la información de la parte superior.
 - Escriba el nombre de la ciudad o condado en el que usted está registrado para votar.
 - Indique la naturaleza de su discapacidad o enfermedad [obligatorio].
 - Identifique el año calendario de su solicitud.
 - Indique si necesitará asistencia para marcar su boleta de ausente en función de las razones establecidas. Si el casillero está tildado, se le enviará un *Formulario de Asistencia* junto con la boleta de ausente. El formulario, que deberá ser enviado con la boleta, brinda una salvaguarda legal para el votante y el asistente.
 - Indique el partido político de su preferencia únicamente si usted desea votar en las primarias de ese partido político, en caso de realizarse.
 - Indique el domicilio donde debe enviarse su boleta de ausente. [Tenga en cuenta las restricciones de los domicilios de envío de las boletas.]
 - Lea la declaración que comienza con "Declaro bajo delito grave contra la ley..."
 - Escriba su nombre completo, su domicilio residencial (calle) actual, su número de seguridad social (la ley exige los 4 dígitos) y un número telefónico diurno.
 - Escriba su nombre e ingrese la fecha firmada.
- [Nota: una firma basada en el uso de un poder de representación no puede ser aceptada en este formulario ni en ningún otro formulario referido a la registración de votantes o al proceso de votación.]

PARTE B: DECLARACIÓN DEL ASISTENTE

- Si el votante ausente no puede escribir su nombre:
- Escriba la siguiente frase en la línea de firma del votante: "*Solicitante no puede firmar*".
 - Escriba la otra información solicitada en la Parte A tal como lo indique el votante.
 - Escriba su nombre y su domicilio; firme.

PARTE C: DECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD

- Es obligatoria únicamente en la primera Solicitud Anual de Voto por Correo.
- Vea las instrucciones a la izquierda para saber quién está autorizado a firmar esta Declaración.
- La persona que firma la Parte C debería escribir su nombre, firmar, ingresar la fecha de la firma e incluir su número de teléfono diurno y tildar el casillero para indicar su posición.

PARTE D: CAMBIO DE NOMBRE O DOMICILIO

- Para continuar siendo un votante calificado, las leyes del estado lo obligan a notificar al Registro de cualquier cambio en su nombre o domicilio.
- [Nota importante: si la *Solicitud Anual* o una boleta de ausente se devuelven al Registro como "Imposible entregar" o si el Registro sabe que usted ha dejado de ser un votante calificado, no le enviaremos ninguna boleta ausente más para ninguna de las elecciones subsiguientes hasta que usted presente una nueva *Solicitud anual* y la misma sea aceptada.]

PARTE D CAMBIO DE NOMBRE O DOMICILIO	
Nombre completo	Si el nombre cambió, nombre completo anterior
Nuevo domicilio residencial en Virginia	Apto., Suite o Lote Nro. Fecha de la mudanza
Ciudad	Estado Código postal
Nuevo domicilio postal (si difiere del nuevo domicilio residencial en Virginia)	
Domicilio residencial anterior en Virginia	
Firma (obligatoria)	Número de seguro social (Opcional)

INFORMACIÓN ADICIONAL
Para votar como ausente por correo, su <u>solicitud debe ser recibida por su Registro antes de las 5:00 p.m. del martes anterior a la elección.</u>
Las boletas están disponibles aproximadamente: -- 45 días antes de las elecciones de noviembre -- 30 días antes de las demás elecciones
Su <u>boleta completa debe ser recibida por la Junta Electoral antes del cierre de la votación el día de la elección.</u> (Cumpla con las instrucciones de su boleta.)
Para información adicional -- Junta Electoral Estatal Llamadas gratis 800-552-9745 TTY 800-260-3466 www.sbe.virginia.gov