

Solicitud de Boleta para Votar en Ausencia para Pacientes Admitidos de Emergencia

Para votantes que han sido admitidos a un hospital/hogar de ancianos/centro de rehabilitación, 14 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 en ausencia, 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 después, 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 cinco 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 (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 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 en Ausencia 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, _____ escriba el nombre en letra imprenta **juro solemnemente (o afirmo) que soy** (marque una):

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

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

_____ escriba en letra imprenta el nombre del votante admitido **ha solicitado que obtenga y le entregue una boleta para votar en ausencia, 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 en Ausencia 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 al 312 603 0929.