VILLAGE OF GREAT NECK ABSENTEE BALLOT APPLICATION

Por favor imprime claramente. Ver instrucciones detalladas.

Si el solicitante desea recibir una boleta por correo, esta solicitud debe ser recibida por Village Hall, 61 Baker Hill Road, Great Neck, a más tardar el séptimo día antes del día de las elecciones. Si el solicitante desea recibir una boleta en persona o por medio de un agente, Village Hall, 61 Baker Hill Road, Great Neck, debe recibir esta solicitud a más tardar el día anterior al día de las elecciones. **La boleta en sí debe regresar a la Village of Great Neck, Village Hall, a más tardar al cierre de las urnas el día de las elecciones**.

1. **Estoy solicitando, de buena fe, una boleta en ausencia debido a (marque una razón):**
____ Ausencia del condado el día de las elecciones
____ Enfermedad temporal o discapacidad física
____ enfermedad permanente o discapacidad física
____ Deberes relacionados con la atención primaria de una o más personas que están enfermas o discapacitadas físicamente
____ Paciente o recluso en un Hospital de Administración de Veteranos
____ Detención en la cárcel / prisión, en espera de la acción de un gran jurado, o en prisión por una condena por un delito o delito que no fue un delito grave
2. **La boleta en ausencia solicitó la siguiente elección:**

____ Elección primaria _____ Elección general ____ Elección especial

3. _____ _____ _____
Apellido **Nombre de pila** **Inicial del segundo nombre**

_____ _____ _____
Fecha de nacimiento **Condado donde vive** **Número de teléfono (opcional)**

_____
Dirección donde vives

4. **Entrega de la boleta electoral:**
_____ Entregarme en persona en el Village of Great Neck Village Hall
_____ Autorizo (nombre) _____ para recoger la boleta en el Village Hall
_____ Envíeme la boleta a: _____

Certifico que soy un votante calificado y registrado; y que la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que esta solicitud será aceptada para todos los fines como el equivalente de una declaración jurada y, si contiene una declaración falsa material, me someterá a las mismas sanciones que si hubiera sido debidamente jurado

Firme aquí: X_____ **Fecha**: _____ / _____ / _____

Si el solicitante no puede firmar debido a una enfermedad, discapacidad física o incapacidad para leer, se debe ejecutar la siguiente declaración: Por mi marca, debidamente atestiguada a continuación, declaro que no puedo firmar mi solicitud para una boleta de votación en ausencia sin asistencia porque No puedo escribir debido a mi enfermedad o discapacidad física o porque no puedo leer. He hecho, o tengo la ayuda para hacer, mi marca en lugar de mi firma. (No se permiten poderes o sellos de nombres preimpresos).

Fecha ____ / ____ / ____ **Nombre del votante**: _____ **Marca**: _____

Yo, el abajo firmante, certifico que el votante mencionado anteriormente colocó su marca en esta solicitud en mi presencia y sé que es la persona que colocó su marca en dicha solicitud y entiendo que la declaración será aceptada para todos los propósitos como el equivalente de una declaración jurada y si contiene una declaración falsa material, me someterán a las mismas sanciones que si hubiera jurado debidamente.

_____ _____
Firma del testigo a marcar

_____
Dirección del testigo a marcar