

**REGRESAR A LA:**  
DuPage County Election Commission  
421 N. County Farm Road  
Wheaton, Illinois 60187

BALLOT STYLE ESTILO DE LA BOLETA	ENTER VOTER'S CONSECUTIVE NUMBER  NO. _____	JUDGE'S INITIALS
FOR ELECTION AUTHORITY'S USE ONLY SOLO PARA USO DE LAS AUTORIDADES ELECTORALES		FOR JUDGE OF ELECTION USE ONLY SOLO PARA USO DEL JUEZ ELECTORAL

**SOLICITUD DE UNA BOLETA PARA UN ELECTOR CALIFICADO QUE HAYA SIDO ADMITIDO AL HOSPITAL, AL CENTRO DE SALUD O AL CENTRO DE REHABILITACIÓN A NO MÁS DE 14 DÍAS ANTES DE UNA ELECCIÓN**

Para ser votada en la Elección \_\_\_\_\_ en el Condado de DuPage, Illinois, en el Municipio de \_\_\_\_\_ Distrito Electoral No. \_\_\_\_\_.

Yo declaro que soy un residente del distrito electoral señalado arriba, yo vivo en:

(DIRECCIÓN COMPLETA DEL SOLICITANTE: DIRECCIÓN, CIUDAD/PUEBLO, CODIGO POSTAL)

en el Condado de DuPage y en el Estado de Illinois: yo he vivido en dicha dirección por 30 días o más antes de esta elección; yo tengo legalmente el derecho de votar en dicho distrito electoral en dicha elección a celebrarse aquí el \_\_\_\_\_, yo estaré físicamente incapacitado para estar presente en los centros de votación de dicho

(MES - DÍA - AÑO)

distrito electoral en la fecha a celebrarse dicha elección debido a las siguientes razones:

Yo soy un paciente/residente en \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

en la Ciudad/Pueblo de \_\_\_\_\_ en el Condado de \_\_\_\_\_.

Yo fui admitido por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ y no espero que me den de alta del hospital, centro de salud or centro de rehabilitación antes de o el día de la elección. Si me dan de alta, yo espero estar recluido en casa el día de la elección e incapacitado para poder desplazarme a los centros de votación.

(NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O DE LA LESIÓN FÍSICA)

(MES - DÍA - AÑO)

Por medio de la presente yo solicito una boleta oficial o boletas oficiales para ser votadas por mí en dicha elección y convengo en regresar la boleta o boletas a las autoridades que emitieron las mismas, con suficiente tiempo para que las autoridades electorales entreguen la boleta al debido centro de conteo autorizado.

Bajo las penalidades estipuladas por ley conforme a la 10 ILCS 5/29-10, el abajo firmante certifica que las declaraciones expuestas en esta certificación son verdaderas y correctas.

Yo solicito una boleta para: el Partido \_\_\_\_\_

(SOLO PARA LA ELECCIÓN PRIMARIA)

\_\_\_\_\_

(FIRMA DEL SOLICITANTE)

**NOTA:**

Ni la solicitud o la boleta se deben enviar.

**ENTREGA PERSONAL SOLAMENTE**

Vea abajo para la declaración jurada apropiada que debe acompañar esta forma

\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL SOLICITANTE - POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_

(FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE)

**DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO TRATANTE**

Yo declaro que soy un médico debidamente autorizado para ejercer en el Estado de \_\_\_\_\_; que yo examiné a \_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL SOLICITANTE)

un paciente/residente en \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

\_\_\_\_\_

(DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

en la Ciudad/Pueblo de \_\_\_\_\_ y el Condado de \_\_\_\_\_ por:

(NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O DE LA LESIÓN FÍSICA)

Yo, por lo tanto, creo que él/ella estará incapacitado para poder asistir a los centros de votación el \_\_\_\_\_.

(FECHA DE LA ELECCIÓN - MES/DÍA/AÑO)

(MES - DÍA - AÑO)

(FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE)

(FECHA DE LA LICENCIA - MES/DÍA/AÑO)

**DECLARACIÓN JURADA DE ENTREGA PERSONAL DE LA BOLETA (Para el Elector Admitido)**

Yo, \_\_\_\_\_ solemnemente juro (o afirmo) que soy:

(NOMBRE DEL FAMILIAR O ELECTOR INSCRITO EN EL DISTRITO ELECTORAL)

- un familiar del elector admitido mencionado arriba
- un elector inscrito en el mismo distrito electoral del elector admitido

Yo además declaro que \_\_\_\_\_ quien fue admitido(a), ha solicitado que yo obtenga y le entregue a él/ella una boleta de voto para ser votada por él/ella, entregada personalmente por mí. Yo además declaro que una vez que termine de votar, yo regresaré dicha boleta, bien cerrada herméticamente por el elector, a las Autoridades Electorales antes de las 7 p.m. el Día de la Elección.

**NOTA:**

La Declaración Jurada para Entrega Personal de la Boleta debe ser llenada y notariada en la oficina de la Autoridad Electoral.

(MONTH - DAY - YEAR)  
(MES - DÍA - AÑO)

(SIGNATURE OF RELATIVE OR REGISTERED VOTER OF PRECINCT)  
(FIRMA DEL FAMILIAR O ELECTOR INSCRITO EN EL DISTRITO ELECTORAL)

(NOTARY SEAL)  
(SELLO DEL NOTARIO)

Subscribed and sworn to (or affirmed) by  
Suscrito y juramentado (o afirmado) por

before me,  
ante mí,

on  
el  
(MONTH - DAY - YEAR)  
(MES - DÍA - AÑO)

(SIGNATURE OF NOTARY)  
(FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO)