

# School District Absentee Ballot Application

(for School District Elections, Budget Votes and Referenda)

Please print clearly.

This application may only be used for school district elections by qualified voters who reside in a school district that provides for personal registration of voters. If the application requests the absentee ballot be mailed, the application must be received by the district clerk not later than 7 days before the election for which the absentee ballot is sought. Otherwise, the application may be personally delivered to the district clerk not later than the day before the election. Applications may not be submitted more than 30 days prior to the election. If you are qualified for absentee voting and issued an absentee ballot, the ballot itself must be received by the school district clerk by 5 p.m. on the day of the election in order to be canvassed.

<b>1</b>	I am requesting, in good faith, an absentee ballot due to (check one reason): <input type="checkbox"/> Absence from county on election day <input type="checkbox"/> Temporary illness or physical disability/or potential for contraction of the virus that causes COVID-19 <input type="checkbox"/> Permanent illness or physical disability <input type="checkbox"/> Duties related to primary care of one or more individuals who are ill or physically disabled <input type="checkbox"/> Resident or patient of Veterans Health Administration Hospital <input type="checkbox"/> Detention in jail/prison, awaiting trial, awaiting action by a grand jury, or in prison for conviction of a crime or offense which was not a felony
----------	--

<b>2</b>	absentee ballot(s) requested for the following school district election(s) <input type="checkbox"/> Annual election and budget vote <input type="checkbox"/> Budget re-vote <input type="checkbox"/> Special district election or referendum <input type="checkbox"/> Any election held between these dates: absence begins: ___/___/___ absence ends: ___/___/___
----------	--

<b>3</b>	Last name or surname	First name	Middle initial	Suffix
----------	----------------------	------------	----------------	--------

<b>4</b>	Date of birth ___/___/___	School district where you reside	Phone number (optional)	Email (optional)
----------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------	------------------

<b>5</b>	Address where you live (residence) street	Apt	City	State	Zip Code
				<b>NY</b>	

<b>6</b>	Delivery of School District Absentee Ballot (check one) <input type="checkbox"/> Deliver to me in person at office of school district clerk. <input type="checkbox"/> I authorize (give name): _____ to pick up my ballot at the office of the school district clerk. <input type="checkbox"/> Mail ballot to me at: (mailing address) _____ street no.    street name    apt.    city    state    zip code
----------	---

## Applicant Must Sign Below

<b>7</b>	I certify that I am a qualified and registered voter. I hereby declare that the foregoing is a true statement to the best of my knowledge and belief, and I understand that if I make any material false statement in the foregoing statement of application for absentee ballots, I shall be guilty of a misdemeanor. Date _____ Signature of Voter: _____
----------	--

If applicant is unable to sign because of illness, physical disability or inability to read, the following statement must be executed: By my mark, duly witnessed hereunder, I hereby state that I am unable to sign my application for an absentee ballot without assistance because I am unable to write by reason of my illness or physical disability or because I am unable to read. I have made, or have the assistance in making, my mark in lieu of my signature. (No power of attorney or preprinted name stamps allowed.)

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Name of Voter: \_\_\_\_\_ Mark: \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby certify that the above named voter affixed his or her mark to this application in my presence and I know him or her to be the person who affixed his or her mark to said application and understand that this statement will be accepted for all purposes as the equivalent of an affidavit and if it contains a material false statement, shall subject me to the same penalties as if I had been duly sworn.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(signature of witness to mark)  
(address of witness to mark)

# Solicitud de boleta de voto en ausencia de distrito escolar

(para elecciones, votaciones de presupuestos y referéndums de un distrito escolar)

Escriba de manera clara en letra de imprenta.

Solo los votantes calificados que residan en un distrito escolar que permita el registro personal de votantes pueden usar esta solicitud para elecciones de distrito escolar. Si, mediante la solicitud, se pide recibir por correo la boleta de voto en ausencia, el secretario del distrito debe recibir la solicitud, a más tardar, 7 días antes de la elección para la que se solicita la boleta de voto en ausencia. Si este no es el caso, la solicitud puede entregarse personalmente al secretario del distrito, a más tardar, el día antes de la elección. No pueden enviarse solicitudes más de 30 días antes de la elección. Si califica para votar en ausencia y envió una boleta de voto en ausencia, el secretario del distrito escolar debe recibirla antes de las 5 p. m. del día de la elección para que el voto cuente.

**1** Estoy solicitando, de buena fe, un voto en ausencia debido a (marque una razón):

ausente de país el día de elecciones  Residente o paciente del Veterans Health Administration Hospital

Enfermedad o incapacidad física temporal /o potencial para contraer del virus que causa COVID-19  Detenido en la cárcel/prisión, esperando juicio, esperando acción por gran jurado o en prisión por convicción de un crimen u ofensa la cual no es un delito

Enfermedad o incapacidad física permanente

Deber en conexión a cuidado principal de uno o más personas que están enfermos u físicamente incapacitados

**2** Solicito boletas de voto en ausencia para las siguientes elecciones de distrito escolar:

Elección anual y votación del presupuesto  Segunda votación del presupuesto  Elección especial o referéndum del distrito

Cualquier elección que se haga entre estas fechas: la ausencia comienza el: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y finaliza el: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufrío: \_\_\_\_\_

**4** Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Distrito escolar donde reside: \_\_\_\_\_ Número de teléfono (opcional): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

**5** Dirección donde vive (residencia) Calle: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: **NY** Código postal: \_\_\_\_\_

**6** Entrega de la boleta de voto en ausencia de distrito escolar (marque una opción)

Entrega en persona en la oficina del secretario del distrito escolar.

Autorizo a (nombre): \_\_\_\_\_ a recoger mi boleta en la oficina del secretario del distrito escolar.

Envíenme la boleta a: (dirección de envío)

n.º de calle: \_\_\_\_\_ nombre de la calle: \_\_\_\_\_ apto.: \_\_\_\_\_ ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

**El solicitante debe firmar abajo**

**7** Certifico que estoy calificado para votar y estoy registrado como votante. Declaro que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi (al) saber y entender, y entiendo que, si la información anterior de la solicitud de boleta de voto en ausencia fuese falsa, seré culpable de un delito menor.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del votante: \_\_\_\_\_

Si el solicitante no puede firmar por una enfermedad, discapacidad física o imposibilidad de leer, debe otorgarse la siguiente declaración: Mediante mi marca, debidamente certificada abajo, certifico que no puedo firmar mi solicitud de boleta de voto en ausencia sin asistencia porque no puedo escribir a causa de mi enfermedad o discapacidad física, o porque no sé leer. He hecho esta marca como sustituto de mi firma, o me han asistido para hacerla. (No se permiten poderes o sellos con el nombre preimpreso).

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del votante: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_

Yo, el que suscribe, por la presente certifico que el votante arriba nombrado estampó su marca en esta solicitud en mi presencia y que es de mi conocimiento que es la persona que estampó su marca en la solicitud, y comprendo que esta declaración será aceptada para todos los fines como equivalente a una declaración jurada y que, si contiene alguna declaración falsa, me someteré a las mismas sanciones que si hubiera sido otorgada bajo juramento.

\_\_\_\_\_  
Dirección del testigo de la marca

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de la marca