

# New York State School District Early Mail Ballot Application

(for School District Elections, Budget Votes and Referenda)

Please print clearly. See detailed instructions

This application may be used for any school election at which early vote by mail is authorized by law. If the application requests the early mail ballot to be mailed, the application must be received by the district clerk not later than 7 days before the election for which the early mail 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 early mail voting and issued an early mail ballot, the ballot itself must be received by the school district clerk by 5p.m. on the day of the election in order to be canvassed.

Early mail ballot(s) requested for the following election(s):				
<input type="checkbox"/> Annual election and budget vote		<input type="checkbox"/> Budget re-vote		<input type="checkbox"/> Special district election or referendum
Last name or surname		First name		Middle initial
Date of birth MM/DD/YYYY		County where you live		Phone number (optional)
Address where you are registered		Apt	City	State <b>NY</b>
				Zip code

5. Delivery of School District Early Mail Ballot (check one)

Deliver to me in person at office of school district clerk.

I authorize (give name): \_\_\_\_\_ to pick up my ballot at the office of the school district clerk.

Mail ballot to me at: (mailing address)

\_\_\_\_\_

Street no. Street name Apt City State Zip code

## Applicant Must Sign Below

6. 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 early mail ballots, I shall be guilty of a misdemeanor.

Sign Here:  X  Date  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_   
MM/DD/YYYY

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 early mail ballot without assistance because I am unable to write by reason of illness or physical disability or because I am unable to read. I have made, or have received assistance in making, my mark in lieu of my signature. (No power of attorney or preprinted name stamps allowed.)

Date  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Name of Voter: \_\_\_\_\_ Mark: \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

I, the undersigned, hereby certify that the above named voter affixed their 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.

\_\_\_\_\_  
(Address of witness to mark)

\_\_\_\_\_  
(Signature of witness to mark)

Clerk Use Only  
2024 Early Vote By Mail  
Application – English

# Solicitud de Boleta Anticipada por Correo del Distrito Escolar del Estado de Nueva York

(Para Elecciones de Distritos Escolares, Votaciones sobre Presupuesto y Referendos)

Por favor imprimir claramente. Ver instrucciones detalladas

Esta solicitud se puede utilizar para cualquier elección escolar en la que la ley autorice el voto anticipado por correo. Si la solicitud solicita que se envíe la boleta anticipada por correo, el secretario del distrito debe recibir la solicitud a más tardar 7 días antes de la elección para la cual se solicita la boleta anticipada por correo. De lo contrario, la solicitud podrá entregarse personalmente al secretario de distrito a más tardar el día anterior a la elección. Las aplicaciones pueden no ser presentado más de 30 días antes de la elección. Si califica para la votación anticipada por correo y recibió una boleta de votación anticipada por correo, el secretario del distrito escolar debe recibir la boleta antes de las 5 p.m. el día de la elección para ser escrutado.

<b>Boletas de votación anticipada por correo solicitadas para las siguientes elecciones:</b> <input type="checkbox"/> Elección anual y votación del presupuesto <input type="checkbox"/> Nueva votación del presupuesto <input type="checkbox"/> Elección de distrito especial o referéndum
--

Apellido	Primer Nombre	Inicial Media	Sufijo
----------	---------------	---------------	--------

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Condado donde Vive	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)
----------------------------------	--------------------	---------------------	------------------

Dirección donde se Registró	Apt.	Ciudad	Estado	Código ZIP
<b>NY</b>				

<b>5.</b>	Entrega de la boleta anticipada por correo del distrito escolar (marque una)
	<input type="checkbox"/> Entregármelo en persona en la oficina del secretario del distrito escolar.
	<input type="checkbox"/> Autorizo a (dar nombre): _____ a recoger mi boleta en la oficina del secretario del distrito escolar.
	<input type="checkbox"/> Envíeme la boleta por correo a: (dirección postal)
	_____
	Calle no.                      Nombre de la calle                      Apto      Ciudad                      Estado                      Código postal

## El solicitante debe firmar a continuación

<b>6.</b>	Certifico que soy un votante calificado y registrado. Por la presente declaro que lo anterior es una declaración verdadera a mi leal saber y entender, y entiendo que, si hago cualquier declaración material falsa en la anterior declaración de solicitud de boletas anticipadas por correo, seré culpable de un delito menor.
	Firme aquí: _____ Fecha ____/____/____

Si el solicitante no puede firmar debido a enfermedad, discapacidad física o incapacidad para leer, se debe ejecutar la siguiente declaración. Mediante mi marca, debidamente atestiguada a continuación, declaro que no puedo firmar mi solicitud de boleta anticipada por correo sin ayuda porque no puedo escribir debido a una enfermedad o discapacidad física o porque no puedo leer. He hecho, o he recibido ayuda para hacer, mi marca en lugar de mi firma. (No se permiten poderes ni sellos con nombres preimpresos.

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

Yo, el abajo firmante, por la presente certifico que el votante mencionado anteriormente colocó su marca en esta solicitud en mi presencia y sé que él o ella es la persona que colocó su marca en dicha solicitud y entiendo que esta declaración será aceptada para todos propósitos como el equivalente a una declaración jurada y si contiene una declaración materialmente falsa, me someterá a las mismas penas que si hubiera sido debidamente jurado.

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo para marcar)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del testigo a marcar)

**Uso del Secretario Únicamente**  
Solicitud de voto anticipado por correo 2024 - Inglés