

Distrito Escolar Churchville-Chili Central

Solicitud de voto en ausencia



Escriba claramente en letra de imprenta.

- Esta **solicitud** debe entregarse personalmente al secretario de la Junta de Educación a más tardar el día anterior a la elección o indicar una fecha que sea, como mínimo, 7 días antes de la elección en el matasellos estampado por un servicio postal gubernamental.
- La **boleta** en sí debe entregarse personalmente (o puede enviarla por correo común si usted es votante militar) al secretario de la Junta de Educación a más tardar a las 5 p. m. del día de la votación/elección del presupuesto.

1.	Solicito, de buena fe, un voto en ausencia debido a lo siguiente (marque una razón):				
	☐ ausencia del condado el día de la elección;				
	☐ ausencia del condado debido a servicio militar (incluso si es cónyuge/padre/madre/dependiente que acompaña a la persona en servicio militar)				
	☐ incapacidad para presentarse en el centro electoral debido a una enfermedad o incapacidad física, o deberes relacionados con la atención primaria de una o más personas enfermas o incapacitadas físicamente, o porque es o será paciente internado/a en un hospital;				
	☐ soy recluso/a o paciente internado/a en un hospital de la administración de veteranos; o				
	☐ estoy detenido/a en la cárcel/prisión, a la espera de juicio, a la espera de la acción de un gran jurado, o en prisión por una condena de un delito no considerado grave, siempre que sea votante calificado/a en el distrito electoral de mi residencia.				
2.	Solicito un voto en ausencia para las siguientes elecciones:			Fecha de votación:	
	☐ Presupuesto del Distrito Escolar Churchville-Chili Central/Voto de la Junta de Educación/Autobuses			19 de mayo de 2026	
	☐ Elección especial del Distrito Escolar Churchville-Chili Central (es decir, proyecto de capital, compra de terrenos, fondo de reserva de capital)				
3.	apellido		primer nombre	inicial del segundo nombre	sufijo
4.	fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	número de teléfono (opcional)	correo electrónico (opcional)		
	____/____/____				
5.	dirección donde vive (residencia) calle		apto.	ciudad	estado
					NY
6.	Entrega de la boleta electoral (marque una opción)				
	☐ Autorizo a (especifique el nombre)_____ a recoger mi boleta en la Oficina del Distrito.				
	☐ Envíenme la boleta por correo a: (dirección postal)				
	n.º de calle/	nombre de la calle	apto./	ciudad	estado
					código postal

La persona solicitante debe firmar abajo

7.	Certifico que soy votante calificado/a y registrado/a, y que la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que esta solicitud será aceptada para todo efecto como el equivalente de una declaración jurada, y que, si contuviese una declaración material falsa, me someteré a las mismas penas que si yo hubiera declarado bajo juramento.	
	Firme aquí: X	Fecha ____/____/____
		MM/DD/AAAA

Si quien solicita no puede firmar por enfermedad, discapacidad física o incapacidad para leer, se debe firmar la siguiente declaración. Con mi firma, debidamente atestiguada por la presente, declaro que no puedo firmar mi solicitud de voto por correo sin ayuda porque no puedo escribir debido a mi enfermedad o discapacidad física o porque no sé leer. Hice una marca en lugar de mi firma, o cuento con la asistencia para hacerlo.

Fecha ____/____/____ Nombre del / de la votante _____ Marca _____
MM/DD/AAAA

Yo, quien firma abajo, certifico por la presente que el/la votante que se menciona arriba estampó su marca en esta solicitud en mi presencia y sé que es la persona que dice ser. Entiendo también que esta declaración se aceptará para todo efecto como equivalente a una declaración jurada y que, si contuviese una declaración material falsa, me someteré a las mismas penas que si yo hubiera declarado bajo juramento.

(dirección de quien atestigua la marca)

(firma de quien atestigua la marca)