# Solicitud de la Papeleta de Voto Ausente

statewide SVRS voter registration system

# de Identificación Confidencial del Elector *(HINDI - # secuencia) (Uso Sólo de la Oficina)*

# de Identidad de SVRS *(Uso Sólo de la Oficina)*

**Instrucciones Generales:** ***Por Favor Revíselo Completamente***

Por favor use letras (**MAYÚSCULAS**) solamente. Llene los circulos donde sea apropiado. Regrese el formulario completado al empleado municipal. Este documento puede estar disponible en formatos accessibles para personas con discapacidades, a solicitud.

O **Declaración del Votante:** Yo certifico que soy un elector calificado, un Ciudadano de los Estados Unidos, de por lo menos 18 años de edad, habiendo residido en la dirección residencial de abajo por lo menos 10 días inmediatamente anteriores a esta elección, actualmente no sirviendo una sentencia incluyendo probatoria o bajo palabra de honor por una convicción de felonía y de ninguna otra manera descalificado para votar.

## Información Requerida (NOTA: Para recibir una papeleta de voto ausente, usted debe ser un electror registrado)

**1**

Municipalidad — O Pueblo O Villa O Ciudad

Condado

**2**

Apellido — Sufijo (ej: Jr, II, etc.)

Nombre — Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / / — Teléfono

**3**

Dirección de Residencia: Número y Nombre de Calle

Número de Apto. — Ciudad

Estado (Sólo WI) — Código Postal + 4 -

**4**

**Si la dirección de correo es diferente a la dirección de residencia, envíe la papeleta a:**

Nombre — C / O

Nombre del Hospicio (Si es aplicable)

Dirección de Correo: Número y Nombre de Calle

Número de Apto. — Ciudad

Estado y Código Postal + 4

**5**

**Elecciones**

O Yo solicito que una papeleta de voto ausente me sea enviada para las elecciones que he listado abajo:

Fecha de Primaria: — Fecha de Elección:

O Yo certifico que estoy indefinidamente confinado debido a edad, enfermedad, flaqueza o discapacidad, y requiero que una papeleta de voto ausente me sea enviada para cada elección subsecuente hasta que ya no esté confinado o falle en devolver una papeleta para una elección.

**6**

Si usted es un elector militar o fuera del país, llene en el círculo apropiado (vea las instrucciones para las definiciones): O Militar O Fuera del país

**7** Sólo Hospitalizados

**Información del Votante Hospitalizado** (Sólo para aquellos electores que **no** están confinados indefinidamente; por favor llene el círculo)

O Yo certifico que no puedo aparecer en el lugar de ubicación de la urna electoral en el día de la elección porque estoy hospitalizado, y designo a la siguiente persona que sirva como mi agente, conforme a ley s.6.86(3), Estatuto de WI.

Apellido del Agente

Nombre del Agente — Segundo Nombre del Agente

AGENTE: Yo certifico que he sido designado como agente del elector ausente hospitalizado, que la papeleta de voto ausente a ser recibida por mí, es recibida solamente para el beneficio del elector hospitalizado nombrado arriba, y que tal papeleta será transmitida prontamente por mí a tal elector y entonces retornada al empleado municipal o al lugar designado de votación.

Firma del Agente X — Dirección del Agente

TESTIGO: Yo certifico que soy residente de la municipalidad de este elector ausente, y que las declaraciones contenidas en esta aplicación son verdaderas a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Testigo X — Dirección del Testigo

**Firma del Elector** X — Fecha (MM/DD/AAAA) / /

| Uso Sólo de la Oficina: | Sala | Dist. Esc. | Concejo | Crte. Supr. | Crte. Apel. | Asamblea | Senado Est. | Congreso | Otros |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES REQUERIDA POR ESTATUTOS DE WIS SS.6.85, 6.86, 6.87. PROVEER INFORMACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO ES CASTIGABLE CON UNA MULTA DE $1,000, PRISIÓN DE 6 MESES O AMBOS. ESTATUTO DE WIS SS.12.13(3)(1), 12.60(1)(B).