

**SOLICITUD DE EMERGENCIA PARA UNA BOLETA DE VOTACIÓN ADELANTADA
 A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD FÍSICA**

***Todo la información es requerida a menos que se indique lo contrario**

Nombre y Dirección de Residencia de inscripción como votante:		
Usted DEBE proporcionar uno de los siguientes números y debe estar asociado con su registro de votantes. Proporcionar ambos números es útil en caso de que uno de los números no esté asociado con su registro de votantes		
Número de Licencia de Conducir de Texas o Número de Tarjeta de Identificación Personal de Texas o Certificado de Identificación Electoral expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas _____	Si no tiene una Licencia de Conducir de Texas o Número de Tarjeta de Identificación Personal de Texas o Certificado de Identificación Electoral expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas, proporcione los 4 últimos dígitos de número de Seguro Social XXX-XX-_____	<input type="checkbox"/> No me han expedido una Licencia de Conducir de Texas o Número de Tarjeta de Identificación Personal o Certificado de Identificación Electoral expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas ni un Número de Seguro Social.
Fecha de la Elección	Tipo de Elección	Autoridad Administrando la Elección
Número de VUID de Registro (si lo sabe)	Número de Precinto de Condado (si lo sabe)	Preferencia de Partido (Por Elecciones Primarias)
A causa de una enfermedad o condición física que originó en o después del último día designado para someter una Solicitud de Boleta Postal para la fecha de elección designada arriba, no podré presentarme en el sitio de votación. "YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE DOY EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, Y COMPRENDO QUE ES UN CRIMEN DAR INFORMACIÓN FALSA SOBRE ESTA SOLICITUD." <div style="text-align: right;">_____ Firma del Votante</div>		

SI SOLICITANTE NO PUEDE FIRMAR O HACER UNA MARCA, UN TESTIGO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Para el Testigo: Si el solicitante no puede firmar, hará una marca ante el testigo. Si el solicitante es incapaz de hacer una marca, el testigo deberá marcar aquí. _____

_____ Firma del Testigo	_____ Nombre del Testigo en Letra de Molde
_____ Dirección de Residencia del Testigo	_____ Relación al Solicitante

Nota al Testigo: En cualquier elección, es un delito menor de la Clase B que alguna persona además del Secretario de Votación Adelantada o un Subsecretario de Votación Adelantada firma como testigo la Solicitud de Boleta Postal para más de un solicitante. Como quiera que sea, una persona podrá firmar como testigo más de una solicitud si el segundo solicitante y los solicitantes subsiguientes están emparentados con el testigo como padre o madre, esposo(a), hijo(a), abuelo(a), o hermano(a).

CERTIFICADO DEL MÉDICO

Esto certifica que sé que _____ tiene una enfermedad o condición física que lo/la hará incapaz de presentarse en el sitio de votación para una elección que se llevará a cabo el día ____ de _____, 20____, sin la posibilidad de necesitar ayuda o de dañar su salud, y que la enfermedad o condición física originó en o después del ____/____/____.

Atestigüe mi firma en _____, Texas, este día ____ de _____, 20____.

_____ Firma de Medico, Quiropráctico o Practicante	_____ Firma de Medico, Quiropráctico o Practicante en Letra de Molde
---	---

*La persona que firma este certificado debe ser un médico debidamente licenciado, quiropráctico o practicante de ciencia cristiana.

FOR OFFICIAL USE ONLY
Name of Representative:
Residence Address of Representative:
Signature of Representative:
Date of Birth of Representative: