

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VOTO POR CORREO

Nombre: _____
(Por favor imprima su nombre)

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____
(Por si hay que notificarle)

Requerido por ley:

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____

Licencia de Conducir de FL, # Identificación de FL, O los Últimos 4 # de su Seguro Social

Dirección de residencia registrada en Pasco:

Marque en cual elección(es) le gustaría votar por correo:

Primaria de Preferencia Presidencial ...

Municipal

Primaria

Dirección a la que se enviará la boleta:
(Si no es la misma que arriba)

General

Todas las elecciones elegibles

FIRMA DEL VOTANTE: _____ Fecha: _____

Este formulario se puede usar como una nueva solicitud de boletas de voto por correo, o si nos solicita que enviemos su boleta por correo a una dirección que no sea su dirección registrada en el condado de Pasco.

Los Estatutos de Florida 101.62(1)b requiere que una solicitud de boleta de voto por correo debe hacerse por escrito si el votante quiere que la boleta se envíe por correo a una dirección diferente a la que figura en su registro de votante. La solicitud por escrito debe incluir la fecha de nacimiento del votante, la dirección y los últimos cuatro dígitos del SSN o el número de licencia de conducir de Florida/número de identificación de Florida del votante y la firma del votante.

- Imprima y firme esta solicitud y envíela por correo a: Oficina del Supervisor de Elecciones, PO Box 300, Dade City, FL 33526.
- Una nota escrita firmada que incluya su nombre, dirección de residencia, fecha de nacimiento y su número de licencia de conducir de Florida, número de tarjeta de identificación de Florida o los últimos 4 dígitos de su número de seguro social.
- Si tiene preguntas acerca de esta solicitud o de su boleta de votar por correo llame al 833-828-3224.
- Después de recibir su boleta, puede rastrear su estado en <https://pascovotes.ballottrax.net>