Solicitud de boleta de voto por correo para todo el estado

(s. 101.62 Est. FL.)

Si desea solicitar una boleta de voto por correo para usted mismo, complete solo la parte superior. Si desea solicitar una boleta de voto por correo para una persona que se lo haya pedido directamente, complete ambas secciones.

Nombre del elector: _____ **Fecha de nacimiento del elector:** _____ / ____ / _____

Número de licencia de conducción de la Florida (FL DL) o de tarjeta de identificación de la Florida (FL ID) del elector:

Si no tiene FL DL o FL ID, indique aquí los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social:

Domicilio del elector: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Dirección postal del elector para enviarle la boleta: (solo si no es la misma que el domicilio)

_____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código postal:** _____ **País, si está fuera de EE. UU:** _____

Actualicen mi ☐ **dirección residencial** y/o mi ☐ **dirección postal** en mi inscripción como elector con la información antes indicada.

Teléfono (opcional): _____ Correo electrónico (opcional): _____

Esta solicitud es válida para todas las elecciones hasta el final del año calendario de las próximas elecciones generales. Si solo desea una boleta para elecciones específicas, indíquelas aquí: _____

Firma del elector: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

(no es necesaria si se trata de un elector ausente que es miembro de los servicios uniformados o que vive en el extranjero, o si la solicitud la realiza una persona designada)

Es necesario que complete también la sección siguiente si solicita una boleta de voto por correo para otra persona.

Nombre de la persona designada: _____

Domicilio de la persona designada: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de licencia de conducción o de tarjeta de identificación de la persona designada:

Si no tiene lic. de conducción o tarjeta de identificación, indique aquí los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social:

Teléfono (opcional): _____ Correo electrónico (opcional): _____

Relación o parentesco de la persona designada con el elector:

- ☐ Cónyuge
- ☐ Padre/madre
- ☐ Hijo/a
- ☐ Abuelo/a
- ☐ Nieto/a
- ☐ Hermano/a
- ☐ Padre o madre del cónyuge del elector
- ☐ Hijo/a del cónyuge del elector
- ☐ Abuelo/a del cónyuge del elector
- ☐ Nieto/a del cónyuge del elector
- ☐ Hermano/a del cónyuge del elector
- ☐ Tutor legal del elector
- ☐ Persona designada por un elector que tiene una discapacidad

Firma de la persona designada: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

El elector me pidió directamente que le solicitara esta boleta.

Enviar por correo a: Office of the Supervisor of Elections
PO Box 521250
Miami, FL 33152-1250

Correo electrónico: votebymail@votemiamidade.gov