

FOR ELECTION AUTHORITY USE / PARA USO DE LA AUTORIDAD ELECTORAL	Voter ID	Card No.	Issued Date	Expiration Date
---	----------	----------	-------------	-----------------

10ILCS 5/19-12.1

SOLICITUD DE BOLETA DE IDENTIFICACIÓN DE VOTANTE POR CORREO DE 5 AÑOS

Estado de Illinois)
) SS.
 Condado de Will)

Fecha: _____

Para: LAUREN STALEY FERRY, COUNTY CLERK OF WILL COUNTY

Yo, _____, juro solemnemente (o afirmo) que vivo en

_____ en _____ Municipio

Número de Precinto _____ y estoy registrado y plenamente calificado para votar desde dicha dirección;

Que soy:

(Marque la casilla correspondiente)

(1) deshabilitado permanentemente

(2) un residente de un hogar de ancianos o centro de atención

(3) un titular de una Persona de Illinois con una Tarjeta de Identificación por Discapacidad que indique una discapacidad de Clase 1A o Clase 2. (La tarjeta muestra una foto del solicitante y enumera las clasificaciones de la discapacidad del solicitante).

NOTA: NO SE REQUIERE DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO

Número de Tarjeta de Identificación de Persona de Discapacidad de Illinois:

Debido a la naturaleza de la discapacidad que se describe específicamente en la Declaración Jurada del Médico de Cabecera adjunta, soy incapaz de estar presente en las urnas para votar en cualquier elección que se celebre dentro de mi distrito electoral. Por la presente solicito la Tarjeta de Identificación de Votante correspondiente. Además, juro (o afirmo) que en caso de que sea capaz de reanudar la votación normal, entregaré mi tarjeta a la Autoridad Electoral.

 (Firma del Solicitante)

Dirección de correo, si es diferente a la dirección anterior:

(vea el reverso para la Declaración Jurada del Médico)

AFFIDAVIT OF ATTENDING PHYSICIAN

State of Illinois)
) SS.
County of Will)

I, _____, do solemnly swear (or affirm) that
I am a physician, duly licensed to practice in the State of _____ that I have
examined _____ and that I believe he/she is permanently
incapable of being present at the polls for the following reason(s):

Under penalties as provided by law pursuant to 10ILCS 5/29-10 the undersigned certifies that the statements set forth in this certification are true and correct.

(Signature of Physician)

(Date Licensed)

Mail completed Application and Affidavit to:
*Envíe por correo la Solicitud completa y la
Declaración Jurada a:*

Will County Clerk's Office
Attention: Vote by Mail Department
302 N. Chicago St.
Joliet, IL 60432