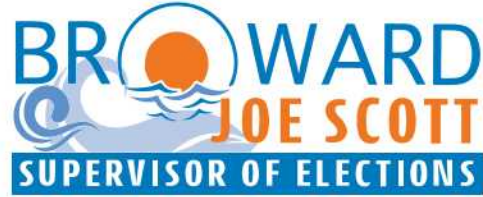


# SOLICITUD DE BOLETA DE VOTO POR CORREO



Desea que nos comuniquemos con usted con información importante que podría afectar su voto? Agregue su correo electrónico y/o número de teléfono celular para que podamos estar en contacto.

Visite [BrowardVotes.gov](http://BrowardVotes.gov) para:



Solicitar una boleta de voto por correo después de cada elección general



Encontrar el lugar donde le corresponde votar



Actualizar su dirección e información de contacto cada vez que cambie algo



Inscribirse como trabajador electoral



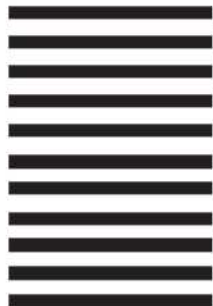
@BrowardVotes



Broward County Supervisor of Elections  
P O BOX 29001  
Fort Lauderdale FL 33303-9928

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BUSINESS REPLY MAIL  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 643 FORT LAUDERDALE FL



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



### Formulario de petición por correo de boleta electoral a nivel estatal (s. 101.62. F.S.)

Para pedir una boleta electoral por correo, usted debe completar sólo la sección superior.  
Para pedir una boleta de voto por correo para alguien que directamente le indicó que lo hiciera, llene ambas secciones.

Nombre del votante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del votante: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de licencia de conducir o número de (FL ID) tarjeta de

Si no, los últimos 4 dígitos del número de seguridad social: DL o FL ID, luego proporcione

Domicilio del votante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Dirección postal del votante para recibir boletas:**  
(solo si difiere del domicilio)

\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País, si se encuentra fuera de Estados Unidos: \_\_\_\_\_

Por favor actualice mi  dirección residencial y/o mi  dirección postal en mi registro de votante con la información mencionada anteriormente.

Número de teléfono (opcional): \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Esta petición es válida para todas las elecciones que se realicen hasta el final del año natural de la elección general próxima. Si solo desea una boleta para elecciones específicas, enumérelas aquí: \_\_\_\_\_

Firma del votante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(no es obligatorio si el votante es un votante ausente perteneciente a los servicios uniformados o un votante en el extranjero, o si la solicitud la realiza una persona designada)

**También debe completar la siguiente sección si solicita una boleta de voto por correo para otra persona.**

Nombre del designado: \_\_\_\_\_

Domicilio del designado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir o número del designado o de tarjeta de identificación:

Si no, los últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social DL o ID, luego proporcione

Número de teléfono (opcional): \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

- Relación de la persona designada con el votante:**
- |                                  |                                   |   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Abuelo   | <input type="checkbox"/> Padre del cónyuge del votante  | <input type="checkbox"/> Hermano del cónyuge del votante            |
| <input type="checkbox"/> Padre   | <input type="checkbox"/> Nieto    | <input type="checkbox"/> Hijo del cónyuge del votante   | <input type="checkbox"/> Tutor legal del votante                    |
| <input type="checkbox"/> Hijo    | <input type="checkbox"/> Hermanos | <input type="checkbox"/> Abuelo del cónyuge del votante | <input type="checkbox"/> Designado para un votante con discapacidad |
|                                  |                                   | <input type="checkbox"/> Nieto del cónyuge del votante  |   |

Firma del designado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

El votante me indicó directamente que le hiciera esta solicitud.

DS-DE 160 (vigente a partir del 17/04/2024)

Reglamento 1S-2.055, F.A.C.

Si tiene una discapacidad que reúne los requisitos según la ley de estadounidenses con discapacidades y desea usar nuestro sistema remoto y accesible de marcado de boletas, ingrese su dirección de correo electrónico aquí: \_\_\_\_\_

NO QUITAR - SELLAR CUANDO SE ENVÍE POR CORREO

NO QUITAR - SELLAR CUANDO SE ENVÍE POR CORREO