

SOLICITUD DE BOLETA DE VOTO POR CORREO



ES SEGURO,
PROTEGIDO Y CONVENIENTE



¡VERIFIQUE
SU ESTADO DE
VOTANTE HOY!



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.



BROWARD COUNTY SUPERVISOR OF ELECTIONS
PO BOX 5008
FORT LAUDERDALE FL 33310-9893

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 16 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: _____