

Formulario estatal para solicitar una boleta de voto por correo (s. 101.62. F.S.)

Para pedir una boleta de voto por correo, 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) tarjeta de identificación de la Florida (FL DL o ID) del votante:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--

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 solicitud es válida para todas las elecciones que se realicen hasta el final del año calendario 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 de 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 de) tarjeta de identificación de la Florida (FL DL o ID) del designado:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--

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"/> Hermano | <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.