



Alan Hays

Lake County Supervisor of Elections

1898 E. Burleigh Blvd., Tavares, FL 32778

Mailing: PO Box 457, Tavares, FL 32778

Phone: (352) 343-9734

Fax: (352) 253-1422

Website: www.lakevotes.gov

Email: mailballots@lakevotes.gov

Estimado votante,

Para solicitar una boleta de voto por correo, complete el formulario de solicitud de boleta de voto por correo estatal adjunto. Es importante que incluya toda la información requerida para acelerar su solicitud. Si solicita una boleta para usted, complete la mitad superior del formulario. Si solicita una boleta para alguien que le indicó directamente que lo hiciera, complete todo el formulario.

El Supervisor de Elecciones del Condado de Lake se enorgullece de ofrecer opciones de votación adicionales aprobadas por ley a nuestros votantes militares, votantes en el extranjero y aquellos votantes que no pueden votar con una boleta tradicional sin asistencia. **Si califica y desea aprovechar estas opciones, complete la información correspondiente a continuación y devuélvala con su solicitud de voto por correo.**

- Soy un votante militar activo o en el extranjero (incluido mi cónyuge y dependientes) que resido fuera de Florida y me gustaría recibir mi boleta por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: _____

- Soy un votante militar activo o en el extranjero (incluido mi cónyuge y dependientes) que resido fuera de Florida y me gustaría recibir mi boleta por fax.

Número de fax: _____

- No puedo votar con una boleta tradicional debido a ceguera, discapacidad o incapacidad para leer o escribir y me gustaría recibir una boleta accesible por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: _____

Todos los votantes del condado de Lake también tienen **la opción de registrarse en BallotTrax**, que envía notificaciones cuando se envía su boleta, cuando se recibe y si hay algún problema con su firma. Para suscribirse a estas notificaciones, complete lo siguiente:

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____ Marcar preferencia: Llamar y/o Texto

Nombre impreso: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

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 ID, 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.