

**DISTRITO ESCOLAR LIBRE DE LA UNIÓN DE BABYLON  
SECRETARÍA DEL DISTRITO  
50 RAILROAD AVENUE  
BABYLON, NY 11702**

**SOLICITUD DE BOLETA DE VOTO EN AUSENCIA PARA LA BIBLIOTECA PÚBLICA DE  
BABYLON  
VOTACIÓN DE PRESUPUESTO ANUAL Y ELECCIÓN  
8 de abril de 2025**

NOMBRE:

\_\_\_\_\_

apellido	nombre	inicial del segundo nombre (en letra de imprenta)
----------	--------	---

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA de  
NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Declaro que, al día de la elección del distrito escolar, soy, o seré, un votante calificado del Distrito Escolar Libre de la Unión de Babylon, mayor de 18 años de edad, ciudadano de los Estados Unidos; he, o habré, residido en el distrito escolar durante los 30 días anteriores a la fecha de la elección; y estoy registrado para votar.

De buena fe solicito una balota para votar en ausencia debido a (marque un motivo):

- \_\_\_\_\_ a. ausencia del condado o de la ciudad de Nueva York el día de las elecciones
- \_\_\_\_\_ b. enfermedad o discapacidad física transitorias
- \_\_\_\_\_ c. enfermedad o discapacidad física permanentes
- \_\_\_\_\_ d. deberes relacionados con la atención primaria de una o más personas enfermas o físicamente discapacitadas
- \_\_\_\_\_ e. residente o paciente de un hospital de la Administración de Salud de Veteranos
- \_\_\_\_\_ f. detención en la cárcel/prisión, en espera de un juicio, en espera de una medida del gran jurado, o en prisión por un delito que no fue un delito mayor.

Entrega de la balota electoral de la biblioteca (marque uno).

- Entregarme en persona en la oficina del secretario del Distrito.
- Autorizo a (dé el nombre): \_\_\_\_\_ para recoger mi papeleta en la oficina del Secretario del Distrito.
- Envíeme la balota por correo a: (domicilio postal)

Dirección postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ver otro lado**

Certifico que soy votante calificado y registrado y que la información de esta solicitud es verdadera y correcta, y que esta solicitud se aceptará para todos los fines como equivalente a una declaración jurada y, que, si contiene alguna declaración falsa, me someterá a las mismas sanciones que si hubiera sido prestada bajo juramento.

Firme aquí:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si el solicitante no puede firmar debido a enfermedad, discapacidad física o imposibilidad de leer, debe otorgarse la siguiente declaración: Mediante mi marca, debidamente certificada a continuación, certifico que no puedo firmar mi solicitud de balota para voto en ausencia sin asistencia porque no puedo escribir a causa de mi enfermedad o discapacidad física, o porque no sé leer; He hecho esta marca como sustituto de mi firma, o me han asistido para hacerla. (no se permiten poderes o sellos con el nombre preimpreso.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del votante: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_

Yo, el que suscribe, por la presente certifico que el votante antes nombrado estampó su marca en esta solicitud en mi presencia y que es de mi conocimiento que es la persona que estampó su marca en la solicitud, y comprendo que esta declaración será aceptada para todos los fines como equivalente a una declaración jurada y que, si contiene alguna declaración falsa, me someterá a las mismas sanciones que si hubiera sido otorgada bajo juramento.

Domicilio de la persona que da fe de la marca: marca: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que da fe de la marca: marca: \_\_\_\_\_

**LAS SOLICITUDES DE VOTO EN AUSENCIA COMPLETAS DEBERÁN SER RECIBIDAS POR EL SECRETARIO DEL DISTRITO AL MENOS SIETE (7) DÍAS ANTES DE LA ELECCIÓN SI LA BOLETA SERÁ ENVIADA POR CORREO AL VOTANTE O EL DÍA ANTERIOR SI LA BOLETA SERÁ ENTREGADA PERSONALMENTE AL VOTANTE**