

申请方便老年人和残疾人投票法案规定的替代选票

致县选举委员会:

我, 下列署名的合格选举人, 居住在列在下面的城市、区或城镇, 据我所知、据我所信, 在此声明我被分配到了一个县选举委员会根据州务卿规定的标准确定老年人和残疾人难以到达的投票站。因此, 根据方便老年人和残疾人投票法案, 我声明我有资格被提供一个替代方法以便在选举日投票, 理由说明如下:

- 年长(65 岁或以上)
 残疾(有临时的或永久残废)

请说明残疾的性质:

申请人签名

申请人打印的姓名

申请人的住处地址

邮政局和邮政编码

城市、区或城镇

选区

出生日期

现在投票站的位置

申请人的电话号码

(圈一个)

你需要帮助填写替代选票吗?

是 否