Formulaire de Demande : Bulletin de vote à titre d'absent

AVIS : Une nouvelle demande doit être déposée auprès de la Commission Electorale de votre comté avant chaque élection primaire ou générale.

A REMPLIR PAR TOUS LES ÉLECTEURS

A REMPLIR DANS LE CAS D'ENGAGEMENTS PROFESSIONNELS OU COMMERCIAUX

A REMPLIR EN CAS DE MALADIE OU D'HANDICAP PHYSIQUE

Votre nom, exactement tel qu'il figure aux listes électorales. Caractères d'imprimerie, SVP

Adresse de votre résidence

Boîte postale | Code postal | Comté

Municipalité | Arrondissement [Ward] | District

Profession | Date de naissance

Je suis à cette adresse depuis le _____.
Cochez ici si vous êtes employé du gouvernement fédéral ou de l'état. ( ).

Veuillez me faire parvenir mon bulletin de vote à l'adresse suivante :

Adresse

Boîte postale | Etat | Code postal

Je dépose cette demande de bulletin de vote à titre d'absent pour la raison suivante :

☐ Absence de la municipalité (Veuillez compléter la Section A)

☐ Maladie, infirmité ou handicap physique (Veuillez compléter la Section B)

SECTION A – Absence de la municipalité

Je déclare que je suis éligible à voter à titre d'absent aux prochaines élections primaires ou générales, car je prévois que mes engagements professionnels ou commerciaux exigeront que je sois absent(e) de la municipalité où je réside le jour des dites élection pour la raison explicitée ci-dessous. Je déclare aussi que toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont vraies et exactes.

(Veuillez spécifier la raison pour votre absence)

Date | Signature de l'électeur

SECTION B – Maladie, infirmité ou handicap physique

Je déclare que je suis éligible à voter à titre d'absent aux prochaines élections primaires ou générales à cause de la maladie ou du handicap physique explicité ci-dessous. Je déclare que les informations que j'ai fournies sur mon médecin traitant sont exactes, et que toutes les autres informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont vraies et exactes.

(Veuillez spécifier votre maladie ou votre handicap)

Nom du médecin | Téléphone du médecin

Adresse de sa clinique

Date | Signature de l'électeur

CEUX QUI NE SONT PAS CAPABLES DE SIGNER DOIVENT COMPLÉTER LA SECTION C.

SECTION C A remplir si le demandeur n'est pas capable de signer à cause de sa maladie ou de son handicap physique. Je déclare par ces présentes que je ne suis pas capable de signer sans aide ce formulaire de demande de bulletin de vote à titre d'absent, parce que ma maladie ou mon handicap m'empêche de le faire. J'ai apposé ma marque, seul ou avec aide, au lieu de ma signature.

Date | Marque

Adresse entière du témoin | Signature du témoin

Avis : Les électeurs ayant besoin d'aide pour voter doivent se procurer le Formulaire Spécial de la Commission Electorale du comté qui doit être remis avec cette Formulaire de Demande.

AVERTISSEMENT : TOUT ÉLECTEUR POUVANT SE PRÉSENTER LE JOUR DU SCRUTIN AU BUREAU DE VOTE DE SA CIRCONSCRIPTION DOIT FORCÉMENT Y VOTER, EN ANNULANT SON BULLETIN DE VOTE À TITRE D'ABSENT.