

**FORMULAIRE DE DEMANDE : BULLETIN DE VOTE EXTRAORDINAIRE  
EN CONFORMITÉ AVEC LA LOI D'ACCÈS ÉLECTORAL AUX ÂGÉS ET  
HANDICAPÉS [Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act]**

AUX COMMISSAIRES ÉLECTORAUX DU COMTÉ :

Je, l'électeur éligible soussigné, résidant à l'adresse et dans la ville, le village ou l'administration municipale ci-dessous, me trouve affecté à un bureau de vote qui, autant que je sache, a été trouvé inaccessible aux gens âgés ou handicapés selon les normes établies par le Secrétaire d'Etat. Je déclare, alors, qu'en conformité avec la Loi d'Accès électoral aux âgés et handicapés, que j'ai droit à un moyen extraordinaire de voter le jour des élections pour la raison (les raisons) suivante(s) :

- Agé de 65 ans ou plus
- Handicapé (Incapacité physique permanente ou temporaire)

Veuillez décrire la nature de votre incapacité:

---

---

---

Signature du demandeur

---

Nom du demandeur (Caractères d'imprimerie)

---

Adresse résidentielle du demandeur

---

Bureau de Poste et Code postal

---

Ville, village ou administration urbaine

Arrondissement [Ward]/District

---

Date de naissance

---

Emplacement de votre Bureau de vote actuel

---

Téléphone du demandeur

Aurez-vous besoin d'aide pour compléter le bulletin extraordinaire ? (entourez la mention convenable) **Oui Non**