



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 de solicitud de boleta de voto por correo a nivel estatal (s. 101.62, F.S.)

Para solicitar una boleta de voto por correo para usted, complete solo la sección superior.
Para solicitar una boleta de voto por correo para alguien que le indicó directamente que lo hiciera, complete ambas secciones.

Nombre del votante: _____

Fecha de nacimiento del votante: _____

Número de licencia de conducir de Florida (FL DL) o tarjeta de identificación de Florida (FL ID) de votante:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si no hay FL DL o FL ID, proporcione

Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social:

--	--	--	--

Dirección del domicilio del votante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal del votante para la boleta:

(solo si es diferente a la dirección de casa)

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

País, si está fuera de los Estados Unidos _____

Por favor actualiza mi dirección residencial y/o mi dirección de envío en mi registro de votante con la información mencionada anteriormente.

Numero de teléfono (opcional): _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Esta solicitud es válida para todas las elecciones hasta el final del año calendario de la próxima elección general. Si solo desea una boleta para elecciones específicas, indícuélas aquí:

Firma del votante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(no es obligatorio si el votante es un votante de los servicios uniformados ausente o un votante en el extranjero, o si la solicitud la realiza una persona designada)

También debe completar la sección a continuación si solicita una boleta de voto por correo para otra persona.

Nombre del designado: _____

Dirección particular de la persona designada: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de licencia de conducir de o tarjeta de identificación de la persona designada:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si no hay FL DL o FL ID, proporcione

Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social:

--	--	--	--

Numero de teléfono (opcional): _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Relación del designado con el votante:

- Esposa/Esposo
- Madre/Padre
- Niño

- Abuelo
- Nieto
- Hermano

- Madre/padre del cónyuge del votante
- Hijo del cónyuge del votante
- Abuelo del cónyuge del votante
- Nieto del cónyuge del votante

- Hermano del cónyuge del votante
- Tutor legal del elector
- Designado para un votante con una discapacidad

Firma del designado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

El votante me indicó directamente que hiciera esta solicitud por él.