



JEAN KACZMAREK
COUNTY CLERK
DU PAGE COUNTY, ILLINOIS

Estimado Solicitante:

La siguiente *Solicitud para una Tarjeta de Identificación por un Elector que está Permanentemente Discapacitado* debe ser llenada para poder inscribirse en el programa de la Comisión Electoral de Votación por Correo para personas que están permanentemente discapacitadas. Una vez que esté inscrito en el programa usted recibirá automáticamente la solicitud para la boleta de votación para cada elección a celebrarse en los próximos cinco (5) años.

Si usted desea formar parte del programa, por favor asegúrese de llenar la solicitud en las áreas listadas abajo:

Casilla A o B

- 1) Firma y fecha que fue firmada
- 2) Llene la sección de "Testigo de la Firma del Solicitante"

A menos que usted sea titular de una *Tarjeta de Identificación como Persona Discapacitada* en Illinois que indique Clase 1A o Clase 2 discapacidad (Casilla B marcada) su médico debe llenar las siguientes áreas bajo la **DECLARACIÓN JURADA DE MEDICO TRATANTE:**

- 3) Nombre del Médico
- 4) Estado que emitió la Licencia del Médico
- 5) Naturaleza de la Discapacidad
- 6) Firma del Médico y Fecha de la Licencia
- 7) Notario de la firma del médico

Cuando recibamos en nuestra oficina la solicitud llena, nosotros le enviaremos una tarjeta y un número de identificación. Usted recibirá entonces automáticamente la solicitud para la boleta de votación, para todas las elecciones a celebrarse en los próximos cinco (5) años.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Diane Hill (630) 407-5607.

Sinceramente,

División de Elecciones del Secretario del Condado de DuPage

SOLICITUD PARA UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE UN ELECTOR QUE ESTÁ PERMANENTEMENTE DISCAPACITAO

Al llenar esta declaración jurada, la Comisión Electoral del Condado de DuPage le enviará automáticamente y sin ninguna iniciativa de parte del solicitante, una solicitud llena para una boleta de votación de cualquier elección regular programada a celebrarse dentro de los próximos cinco (5) años bajo la jurisdicción de su Junta.

State of Illinois }
County of DuPage } ss.

To: **DuPage County Clerk Election Division**

Yo, _____, solemnemente juro o afirmo que vivo
en _____ en la Ciudad / Pueblo / Área Desincorporada
de _____, y estoy inscrito(a) y totalmente califico para votar en dicha dirección;
(MUNICIPIO QUE PROVEE EL SERVICIO POSTAL)

que yo soy (marque la casilla apropiada)

- (A) Permanentemente Discapacitado -NOTA: **SE REQUIERE LA DECLARACION JURADA DEL MÉDICO**
- (B) Poseedor de una Tarjeta de Identificación de una Persona Discapacitada de Illinois que indica una discapacidad de Clase 1A o Clase 2.
NOTA: NO SE REQUIERE LA DECLARACION JURADA DEL MÉDICO

La naturaleza de la discapacidad descrita específicamente en la Declaración Jurada de Médico Tratante adjunta

Yo estoy incapacitado para poder estar presente en los centros de votación para votar en cualquier elección a celebrarse dentro de mi distrito electoral. Por medio de la presente yo solicito la Tarjeta apropiada de Identificación del Elector. Yo adicionalmente juro o afirmo que en el caso de que yo sea capaz de resumir la votación normal, yo entregaré mi tarjeta a las Autoridades Electorales.

① _____ / _____ / _____
(FECHA DE NACIMIENTO) (FIRMA DEL SOLICITANTE) (FECHA DE HOY)

Dirección a donde debe ser enviada la tarjeta (si es diferente a la de arriba):

② **TESTIGO DE LA FIRMA DEL SOLICITANTE:**
Firmada y Jurada por _____
(NOMBRE DEL SOLICITANTE)
Quien personalmente reconozco el _____ / _____ / _____
(MES-DÍA-AÑO)

(FIRMA DEL TESTIGO)

FOR ELECTION AUTHORITY USE ONLY SOLO PARA USO DE LAS AUTORIDADES ELECTORALES			
_____ / _____ / _____ <small>(DATE APPLICATION RECEIVED)</small>		<small>(DATE ISSUED)</small>	12/31/2024 <small>(EXPIRATION DATE)</small>

DECLARACION JURADA DEL MÉDICO TRATANTE

State of Illinois }
County of DuPage } ss.

Yo, ③ _____, solemnemente juro o afirmo que soy
(NOMBRE DEL MÉDICO)

un médico, debidamente autorizado para ejercer en el Estado de ④ _____, yo he examinado a
(INDIQUE EL ESTADO)

_____ y creo que él/ella esta permanentemente incapacitado para poder estar presente en los centros de votación debido a la(s) siguiente(s) razón(es): ⑤ _____

⑥ **TESTIGO DE LA FIRMA DEL MEDICO:**
Firmada y Jurada por _____
(NOMBRE DEL MÉDICO)
Quien personalmente reconozco el _____ / _____ / _____
(MES-DÍA-AÑO)

(FIRMA DEL TESTIGO)

BAJO LAS PENALIDADES ESTIPULADAS POR LEY CONFORME A LA 10 ILCS 5/29-10, EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE LAS DECLARACIONES EXPUESTAS EN ESTA CERTIFICACIÓN SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

⑦ _____
(FIRMA DEL MÉDICO)
_____ / _____ / _____
(FECHA DE LA LICENCIA)

POR FAVOR REGRESAR ESTE FORMULARIO A:
DuPage County Clerk Election Division
421 North County Farm Road, P.O. Box 1087
Wheaton, Illinois 60187-1087 (630) 407-5607