

APPLICATION FOR EMERGENCY EARLY VOTING BALLOT DUE TO SICKNESS OR PHYSICAL DISABILITY

***All Information is required unless otherwise indicated**

Name and Residence Address where registered to vote:		
You MUST provide one of the following numbers and it must be associated with your voter registration record. Providing both numbers is helpful in case one of the numbers is not associated with your voter registration record.		
Texas Driver's License Number or Texas Personal Identification Card Number or Texas Election Identification Certificate Number issued by the Texas Department of Public Safety. _____	If you do not have a Texas Driver's License, Texas personal Identification Card or an Election Identification Certificate, give the last 4 digits of your Social Security Number XXX-XX-_____	<input type="checkbox"/> I have not been issued a Texas Driver's License Number or a Texas Personal Identification Number or an Election Identification Certificate Number or a Social Security Number
Date of Election	Type of Election	Authority Conducting the Election
Voter Registration VUID # (if known)	County Election Precinct # (if known)	Party Preference (Primary Election Only)
Because of a sickness or physical condition, which originated on or after the day before the last day to submit an Application for a Ballot by Mail for the above election date, I am unable to attend the polls. "I CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN IN THIS APPLICATION IS TRUE, AND I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE INFORMATION IN THIS APPLICATION IS A CRIME." _____		
Signature of Voter		

IF APPLICANT CANNOT SIGN OR MAKE A MARK, A WITNESS MUST COMPLETE THIS SECTION.	
For Witness: Applicant, if unable to sign, shall make a mark in the presence of a witness. If the applicant is unable to make his or her mark, the witness shall check here. _____	
_____ Signature of Witness	_____ Printed Name of Witness
_____ Residence Address of Witness	_____ Relationship to Applicant
Note to Witness: In any single election, it is a Class B misdemeanor for any person other than the Early Voting Clerk or a Deputy Early Voting Clerk to sign as a witness to the application for a Ballot by Mail for more than one applicant. However, a person may witness more than one application if the second and subsequent applicants are related to the witness as a parent, spouse, child, grandparent or sibling.	

PHYSICIAN'S CERTIFICATE	
This is to certify that I know that _____ has a sickness or physical condition that will prevent him or her from appearing at the polling place for an election to be held on the ____ day of _____, 20____, without a likelihood of needing personal assistance or of injuring his or her health and that the sickness or physical condition originated on or after ____/____/____.	
Witness my hand at _____, Texas, this ____ day of _____, 20____.	
_____ Signature of Physician, Chiropractor or Practitioner	_____ Printed Name of Physician, Chiropractor or Practitioner
<small>*The person signing this certificate must be a duly licensed physician, chiropractor or accredited Christian Science practitioner.</small>	

FOR OFFICIAL USE ONLY	
Name of Representative:	
Residence Address of Representative:	
Signature of Representative:	
Date of Birth of Representative:	

**SOLICITUD DE EMERGENCIA PARA UNA BOLETA DE VOTACIÓN ADELANTADA
 A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD FÍSICA**

***Todo la información es requerida a menos que se indique lo contrario**

Nombre y Dirección de Residencia de inscripción como votante:

**Usted DEBE proporcionar uno de los siguientes números y debe estar asociado con su registro de votantes.
 Proporcionar ambos números es útil en caso de que uno de los números no esté asociado con su registro de votantes**

Número de Licencia de Conducir de Texas o Número de Tarjeta de Identificación Personal de Texas o Certificado de Identificación Electoral expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas _____	Si no tiene una Licencia de Conducir de Texas o Número de Tarjeta de Identificación Personal de Texas o Certificado de Identificación Electoral expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas, proporcione los 4 últimos dígitos de número de Seguro Social XXX-XX-_____	<input type="checkbox"/> No me han expedido una Licencia de Conducir de Texas o Número de Tarjeta de Identificación Personal o Certificado de Identificación Electoral expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas ni un Número de Seguro Social.
---	---	--

Fecha de la Elección	Tipo de Elección	Autoridad Administrando la Elección
----------------------	------------------	-------------------------------------

Número de VUID de Registro (si lo sabe)	Número de Precinto de Condado (si lo sabe)	Preferencia de Partido (Por Elecciones Primarias)
---	--	---

A causa de una enfermedad o condición física que originó en o después del último día designado para someter una Solicitud de Boleta Postal para la fecha de elección designada arriba, no podré presentarme en el sitio de votación.

“YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE DOY EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, Y COMPRENDO QUE ES UN CRIMEN DAR INFORMACIÓN FALSA SOBRE ESTA SOLICITUD.”

 Firma del Votante

SI SOLICITANTE NO PUEDE FIRMAR O HACER UNA MARCA, UN TESTIGO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Para el Testigo: Si el solicitante no puede firmar, hará una marca ante el testigo. Si el solicitante es incapaz de hacer una marca, el testigo deberá marcar aquí. _____

_____ Firma del Testigo	_____ Nombre del Testigo en Letra de Molde
_____ Dirección de Residencia del Testigo	_____ Relación al Solicitante

Nota al Testigo: En cualquier elección, es un delito menor de la Clase B que alguna persona además del Secretario de Votación Adelantada o un Subsecretario de Votación Adelantada firma como testigo la Solicitud de Boleta Postal para más de un solicitante. Como quiera que sea, una persona podrá firmar como testigo más de una solicitud si el segundo solicitante y los solicitantes subsiguientes están emparentados con el testigo como padre o madre, esposo(a), hijo(a), abuelo(a), o hermano(a).

CERTIFICADO DEL MÉDICO

Esto certifica que sé que _____ tiene una enfermedad o condición física que lo/la hará incapaz de presentarse en el sitio de votación para una elección que se llevará a cabo el día ____ de _____, 20____, sin la posibilidad de necesitar ayuda o de dañar su salud, y que la enfermedad o condición física originó en o después del ____/____/____.

Atestigüe mi firma en _____, Texas, este día ____ de _____, 20____.

_____ Firma de Medico, Quiropráctico o Practicante	_____ Firma de Medico, Quiropráctico o Practicante en Letra de Molde
---	---

*La persona que firma este certificado debe ser un médico debidamente licenciado, quiropráctico o practicante de ciencia cristiana.

FOR OFFICIAL USE ONLY
Name of Representative:
Residence Address of Representative:
Signature of Representative:
Date of Birth of Representative: