

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ОТКРЕПИТЕЛЬНОГО ТАЛОНА

ПРИМЕЧАНИЕ. Отдельное заявление на открепительный талон должно подаваться в Окружную избирательную комиссию на каждые первичные и всеобщие выборы

ВСЕ ИЗБИРАТЕЛИ ЗАПОЛНЯЮТ ФОРМУ ЗДЕСЬ (ALL VOTERS FILL OUT HERE)	(УКАЗЫВАЙТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ В ТОЧНОМ СООТВЕТСТВИИ С ТЕМ, КАК ОНИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ)
	(ДОМАШНИЙ АДРЕС)
	(ПОЧТОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ) (ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС) (ОКРУГ)
	(МУНИЦИПАЛИТЕТ) (МИКРОРАЙОН) (РАЙОН)
	(ПРОФЕССИЯ) (ДАТА РОЖДЕНИЯ)
	Я проживаю по этому адресу с _____ Федеральные служащие и служащие штата, поставьте отметку здесь ().
	ОТПРАВЬТЕ МНЕ ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ПО ПОЧТЕ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ
	(НОМЕР ДОМА И УЛИЦА)
	(ПОЧТОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ) (ШТАТ) (ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)
	Я ОБРАЩАЮСЬ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ ОТКРЕПИТЕЛЬНОГО ТАЛОНА ПО СЛЕДУЮЩЕЙ ПРИЧИНЕ
<input type="checkbox"/> МОЕ ОТСУТСТВИЕ В ДАННОМ РАЙОНЕ ВО ВРЕМЯ ВЫБОРОВ ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ А	
<input type="checkbox"/> БОЛЕЗНЬ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ Б	
РАЗДЕЛ А - ОТСУТСТВИЕ В ДАННОМ РАЙОНЕ ВО ВРЕМЯ ВЫБОРОВ Я заявляю, что я имею право на голосование по открепительному талону в предстоящих первичных или всеобщих выборах, поскольку я знаю, что мои обязанности, занятия или предпринимательская деятельность вызовут мое отсутствие в районе моего проживания в день первичных или всеобщих выборов по указанным ниже причинам и что все сведения, сообщаемые мной в данном заявлении на получение открепительного талона, верны и правдивы и точны.	
(УКАЖИТЕ ЗДЕСЬ ПРИЧИНУ ВАШЕГО ОТСУТСТВИЯ)	
(ДАТА) (ПОДПИСЬ ИЗБИРАТЕЛЯ)	
РАЗДЕЛ Б – БОЛЕЗНЬ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ Я заявляю, что я имею право на голосование по открепительному талону в предстоящих первичных или всеобщих выборах по причине болезни или инвалидности, указанной ниже, и что все сведения относительно моего лечащего врача, требуемые к представлению, указаны в данном заявлении на получение открепительного талона правдиво и точно.	
(УКАЖИТЕ ЗДЕСЬ БОЛЕЗНЬ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ)	
(ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА) (НОМЕР ТЕЛЕФОНА)	
(АДРЕС ОФИСА)	
(ДАТА) (ПОДПИСЬ ИЗБИРАТЕЛЯ)	
ЕСЛИ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ, ЗАПОЛНИТЕ РАЗДЕЛ В	
РАЗДЕЛ В Заполнять нижеследующую графу, если заявитель не в состоянии поставить свою подпись по причине болезни или инвалидности. Настоящим подтверждаю, что я не в состоянии поставить свою подпись для получения открепительного талона без посторонней помощи, поскольку я не могу писать по причине болезни или инвалидности. Мне помогли поставить мою отметку вместо подписи.	
(ДАТА) (ОТМЕТКА)	
(УКАЖИТЕ АДРЕС СВИДЕТЕЛЯ) (ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ)	
ПРИМЕЧАНИЕ. Избиратели, которым требуется помощь при голосовании, должны получить специальную форму у Окружной избирательной комиссии, пересылаемую с данным заявлением.	
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ. ЕСЛИ ВЫ ВСЕ ЖЕ СМОЖЕТЕ ГОЛОСОВАТЬ ЛИЧНО В ДЕНЬ ВЫБОРОВ, ВЫ ДОЛЖНЫ ПОЙТИ НА ВАШ ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ УЧАСТОК, АННУЛИРОВАТЬ ВАШ ОТКРЕПИТЕЛЬНЫЙ ТАЛОН И УЧАСТВОВАТЬ В ВЫБОРАХ ТАМ.	

ОБЯЗАННОСТИ,
ПРОФЕССИЯ,
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ –
ЗАПОЛНЯЙТЕ ЗДЕСЬ
(DUTIES, OCCUPATION,
BUSINESS COMPLETE
HERE)

БОЛЕЗНЬ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬ – ЗАПОЛНЯЙТЕ
ЗДЕСЬ
(ILLNESS OR PHYSICAL DISABILITY COMPLETE HERE)