

根據《老年人和殘疾人無障礙投票法案》申請替代投票

郡選舉委員會：

一、 據我深知、盡悉及確信，以下簽名所指的合資格選民居住在住所以及下列城市、自治區或鄉鎮，可證明我被分配到投票站，且根據州秘書長規定的標準，郡選舉委員會已確定老年人和殘疾人無法進入該投票站。

本人為老年人（65歲或以上）

本人為殘疾人（暫時或永久性身體殘疾）

請描述您的殘疾狀況：

申請人簽名

申請人姓名（正階）

申請人住宅地址

郵局和郵遞區號

城市、自治區或鄉鎮

病房/地區

出生日期

目前投票站的位置

申請人電話號碼

您是否需要幫助來完成替代投票？

(圈出一項)
是 否