

You must complete a separate Application for each election, primary and referendum.

This application is to be returned to the municipal clerk of municipality in which you are a registered voter.

This application is ONLY for those who apply for an absentee ballot because of unforeseen illness or physical disability occurring within 6 days before the close of the polls at an election, primary or referendum, or because they are patients in a hospital within such 6 day period.

Form header section containing fields for: THIS APPLICATION IS FOR (check one), DATE OF ELECTION, PRIMARY OR REFERENDUM, FOR PRIMARY USE ONLY specify party in which applicant is eligible to vote, NAME OF APPLICANT, Applicant's Date of Birth, RESIDENCE (VOTING) ADDRESS, POL. SUBDIVISION, VOTING DISTRICT NO., MAILED TO APPLICANT, GIVEN PERSONALLY TO DESIGNEE OF APPLICANT.

STATEMENT OF APPLICANT

I, THE UNDERSIGNED, an elector (or applicant for admission as an elector) eligible to vote in the election or primary indicated, (or if applying for referendum forms, a voter entitled to vote in the referendum indicated), do hereby state that I expect to be unable to appear at the required polling place during the hours of voting of the indicated election, primary or referendum for the reason checked below:

- (a) MY UNFORESEEN ILLNESS OR MY UNFORESEEN PHYSICAL DISABILITY

which occurred on (Date)

within six days preceding the close of the polls at the election, primary or referendum

OR

- (b) I am a PATIENT IN THE FOLLOWING HOSPITAL on (Date) being within six days before the close of the polls of the election, primary or referendum.

(Name and address of hospital)

I, THEREFORE, APPLY for a set of absentee voting forms to be used at such election, primary or referendum, which forms are:

- TO BE GIVEN TO MY DESIGNEE as indicated herein, if applicable, for delivery to me

OR

- TO BE MAILED TO ME at the following address, which is my bona fide personal mailing address. (Your bona fide personal mailing address may be either your voting residence or any other address which you wish the forms mailed. The forms may only be mailed to you personally.

MAILING ADDRESS (No., Street, Town Or City, Zip, or Foreign country)

I hereby designate (Name)

of (complete address)

to deliver my ballot to me.

Such designee is (check one).

- a person caring for me because of my illness, including but not limited to a licensed physician or a registered or practical nurse
a member of my family

(Designate one of the following only if none of the foregoing consents or is available).

- a police officer in the municipality in which I reside
a registrar of voters, deputy registrar of voters or assistant registrar of voters in the municipality in which I reside

STATEMENT OF DESIGNEE

I, the designee named above, consent to such designation and will perform the delivery indicated without tampering with the ballot in any way.

(signature of designee)

Note: If authorized to deliver ballot to applicant, designee must personally submit this application to the municipal clerk.

PENALTIES FOR FALSE STATEMENTS

- [a] PERSONS ARE GUILTY OF FALSE STATEMENT IN ABSENTEE BALLOTING when they intentionally make a false statement on, or sign the name of another person to, the application for absentee voting forms. (Sec. 9-359a)
[b] False statement in absentee balloting is a class D felony. (Sec. 9-359a)
[c] A SENTENCE for a class D felony shall be at least one year but may not exceed five years in prison. (Sec. 53a-35a) [d] A FINE for the conviction of a class D felony shall not exceed five thousand dollars. (Sec. 53a-41)

I DECLARE, under the penalties of false statement in absentee balloting, that the above statements are true and correct, and that I am the applicant named above. (Sign your legal name in full. A married woman must sign her own first name, not her husband's. If you are unable to write, you may authorize someone to write your name and date in the spaces provided, followed by the word "by" and the signature of the authorized person.) (Sec. 9-140)

DATE SIGNED SIGNATURE OF APPLICANT

X

(To be completed by any person who assists another person in the completion of this application)
I sign this application under penalties of false statement in absentee balloting.

SOLICITUD DE EMERGENCIA PARA OBTENER PAPELETA PARA VOTO EN AUSENCIA

ED-3E REV 2/00 (Secs. 9-133f, 9-140, 9-140b, 9-150c and 9-369c)

(English on the other side)

For Municipal Clerk's use

Usted debe llenar una Solicitud para cada elección, primaria y referendum.

Esta solicitud deberá ser devuelta al secretario municipal de su pueblo en cual usted está inscrito como elector.

Esta solicitud es UNICAMENTE para los que solicitan una papeleta para votar en ausencia debido a enfermedad inesperada o por alguna incapacidad física que ocurre durante los 6 días antes del cierre de los lugares de votación en una elección, primaria o referendum, o porque son hospitalizados (dentro de dicho periodo de 6 días).

ESTA SOLICITUD ES PARA FORMULARIOS (marque uno)

- ☐ Para elección ☐ Para Primaria ☐ Para Referendum

FECHA DE ELECCIÓN, PRIMARIA O REFERENDUM

PARA PRIMARIAS SOLAMENTE indique el partido en cual el solicitante tiene derecho a votar

OUTER ENVELOPE SERIAL NO.

DATE FORMS ISSUED



MAILED TO APPLICANT

GIVEN PERSONALLY TO DESIGNEE OF APPLICANT

NOMBRE DEL SOLICITANTE (en letra de molde o a manunilla)

Fecha de Nacimiento del solicitante

DIRECCIÓN RESIDENCIAL (DE VOTACIÓN) (numero, calle y pueblo)

POL. SUBDIVISION (if applicable)

VOTING DISTRICT NO.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

YO, EL ABAJO FIRMANTE, Un elector (o solicitante para ser elector) elegilbe para votar en la elección o primaria indicada, (o solicita los formularios para referendum, un votante con derecho a votar en el referendum indicado), declaro por la presente que no podré presentarme en el lugar de votación requerido durante las horas de votación de la indicada elección, primaria o referendum por la razón indicada abajo:

(a) ☐ MI ENFERMEDAD IMPREVISTA

O

MI INCAPACIDAD FÍSICA IMPREVISTA

la cual ocurrió el (fecha)

dentro de los seis días previos delcierre de las urnas en la elección, primaria o referendum

O

(b) ☐ Soy un PACIENTE EN EL SIGUIENTE HOSPITAL el dia

(fecha) dentro seis días previos al cierre de las urnas de la elección, primaria o referendum.

(Nombre y dirección del hospital)

POR LO TANTO, SOLICITO un conjunto de formularios para votar por correo para usar en dicha elección, primaria o referendum, y cuyos formularios deberán ser:

☐ ENTREGADOS A LA PERSONA POR MI ASIGNADA como se indica en la presente, si corresponde, para que me los entregue

O

☐ ENVIADOS POR CORREO A MI NOMBRE a la siguiente dirección postal particular auténtica. (Su dirección postal particular auténtica puede ser su residencia de votante o cualquier otra dirección a donde desee que se le envíen los formularios. Los formularios sólo se la pueden enviar a usted personalmente.)

DIRECCIÓN POSTAL (Numero, calle, pueblo o ciudad, estado, código postal o país extranjero)

YO DECLARO, bajo pena declaración falsa en papeleta para votar en ausencia por correo, que las anteriores declaraciones son verdaderas y correctas y que Yo soy el solicitante arriba nombrado. (Escriba su nombre completo. En el caso de una mujer casada deberá firmar du nombre de soltera. Si no puede escribir, puede autoizar a alguien para que escriba su nombre y la fecha en los espacios provistos para ese fin, seguidos de la palabra "por" y la firma de la personal autoizada. (sec. 9-140)

FECHA EN QUE FIRMA

FIRMA DEL SOLICITANTE

X

Yo por la presente, designo a (Nombre)

de (dirección completa)

para que me entregue la papeleta electoral.

La persona designa por mi es (marque uno).

☐ la persona encargada de mi debido a mi enfermedad, incluyendo pero no limitando a un médico liceniado o una enfermera registrada o práctica.

☐ un miembro de mi familia

(Designe a uno de los siguientes únicamente si ninguno de los mencionados anteriormente dda consentimiento o está disponible)

☐ un policia de la municipalidad en la que resido

☐ un enscriptor de votantes o su ayundante en munipalidad en la que resido

DECLARACION DE LA PERSONA DESIGNADA

Yo, la persona designada arriba, doy consentimiento a dicha designación y ilevar a cabo la entrega indicada sin alterar en forma alguna la papeleta de votación.

(firma de designada)

Nota: Si está autorizado a entregar la papeleta al solicitante, la persona designada debe entregar personalmente esta solicitud al secretsrio municipal.

PENAS POR HACER DECLARAIONES FALSAS

[a] LAS PERSONAS SON CULPABLES DE OFRECER DELARACIONES FALSA AL VOTAR EN AUSENCIA cuando intencionalmente hacen una declaración falsa por escrito, ofirman el nombre de otra persona, en los formularios de solicitud para votar en ausencia. (Sec. 9-359a) [b] Una declaración flasa en el caso de voto en ausencia es un delito grave clase D. (Sec. 9-359a) [c] LA SENTENCIA por un delito clase D no será menos de un año ni mas ce cinco años de encarcelamiento. (Sec. 53a-35a) [d] LA MULTA al ser convicto de este delito grave clase D no excederá cinco mil dólares. (Sec. 53a-41)

(Para ser completado por la persona que ayude a otra persona a llenar esta solicitud.)

Firmo esta solicitud bajo penaliada de declaraión falsa en relación al voto ausente.

Firma

Nombre (en letra de molde o maquinilla)

Dirección Residencial

Teléfono