

Statewide Vote-By-Mail Ballot Request Form

(s. 101.62, F.S.)

To request a vote-by-mail ballot for yourself, complete only the top section.

To request a vote-by-mail ballot for someone who directly instructed you to do so, complete both sections.

Voter's Name: _____ **Voter's Date of Birth:** ____ / ____ / ____

Voter's Florida driver license (FL DL) or Florida identification (FL ID) card number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

If no FL
DL or FL
ID, then
provide

last 4 digits of Social Security Number:

--	--	--	--

Voter's Home Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip code:** _____

**Voter's mailing
address for ballot:**

(only if different than
home address)

_____ **City:** _____

State: _____ **Zip code:** _____ **Country, if outside US:** _____

Please update my **residential address** and/or my **mailing address** in my voter record with the information listed above.

Phone number (optional): _____ Email address (optional): _____

This request is good for all elections through the end of the calendar year of the next general election. If you only want a ballot for specific elections, list them here: _____

Voter's Signature: _____ **Date:** ____ / ____ / ____
(not required if voter is an absent uniformed services voter or overseas voter, or if request is made by a designee)

You must also complete the section below if you are requesting a Vote-by-Mail Ballot for someone else.

Designee's Name: _____

Designee's Home Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip code:** _____

Designee's driver license or identification card number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

If no
DL or
ID, then
provide

last 4 digits of Social Security Number:

--	--	--	--

Phone number (optional): _____ Email address (optional): _____

Designee's relationship to the voter:

Spouse
 Parent
 Child

Grandparent
 Grandchild
 Sibling

Parent of voter's spouse
 Child of voter's spouse
 Grandparent of voter's spouse
 Grandchild of voter's spouse

Sibling of voter's spouse
 Voter's legal guardian
 Designee for a voter with a disability

Designee's Signature: _____ **Date:** ____ / ____ / ____
The voter directly instructed me to make this request for them.

Formulario de petición por correo de boleta electoral a nivel estatal

(s. 101.62. F.S.)

Para pedir una boleta electoral por correo, usted debe completar sólo la sección superior.
Para pedir una boleta de voto por correo para alguien que directamente le indicó que lo hiciera, llene ambas secciones.

Nombre del votante: _____ Fecha de nacimiento del votante: ____ / ____ / ____ .

Número de licencia de conducir o número de (FL ID) tarjeta de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Si no, los últimos 4 dígitos del número de seguridad social: DL o FL ID, luego proporcione <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

Domicilio del votante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal del votante para recibir boletas: (solo si difiere del domicilio)	_____ Ciudad: _____
	Estado: _____ Código postal: _____ País, si se encuentra fuera de Estados Unidos: _____

Por favor actualice mi dirección residencial y/o mi dirección postal en mi registro de votante con la información mencionada anteriormente.

Número de teléfono (opcional): _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Esta petición es válida para todas las elecciones que se realicen hasta el final del año natural de la elección general próxima. Si solo desea una boleta para elecciones específicas, enumérelas aquí: _____

Firma del votante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ (no es obligatorio si el votante es un votante ausente perteneciente a los servicios uniformados o un votante en el extranjero, o si la solicitud la realiza una persona designada)

También debe completar la siguiente sección si solicita una boleta de voto por correo para otra persona.

Nombre del designado: _____

Domicilio del designado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de licencia de conducir o número del designado o de tarjeta de identificación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Si no, los últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social DL o ID, luego proporcione <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Número de teléfono (opcional): _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Relación de la persona designada con el votante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Padre del cónyuge del votante <input type="checkbox"/> Hijo del cónyuge del votante <input type="checkbox"/> Abuelo del cónyuge del votante <input type="checkbox"/> Nieto del cónyuge del votante	<input type="checkbox"/> Hermano del cónyuge del votante <input type="checkbox"/> Tutor legal del votante <input type="checkbox"/> Designado para un votante con discapacidad
--	--	---

Firma del designado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ El votante me indicó directamente que le hiciera esta solicitud.
--