

Emergency Replacement Ballot Application In-Person

For office use only

Voter ID Number: _____

You may use this form to request issuance of a replacement mail ballot by email, fax, or in-person at the County Clerk and Recorder's office. Please complete all fields marked with an asterisk (*). Follow the instructions for other fields. Scan your signed form and e-mail it to your county clerk and recorder or fax your signed form to your county clerk and recorder. Your county clerk and recorder must receive your application by 5:00 p.m. on Election Day. Your voted ballot must be received by 7:00 p.m. on Election Day. Postmarks do not count.

Eligibility to obtain an Emergency Replacement Ballot*

I am or will be confined in a hospital or place of residence on Election Day.

A member of my immediate family related to the second degree is or will be confined to a hospital or place of residence on Election Day.

Note: "second degree" means by blood, adoption, marriage, or civil union partnership

I am unable to vote due to an emergency condition, wildfire, flood or other catastrophic event.

Your Identifying Information

Last name* First name* Middle name Suffix

Previous name if you are currently registered to vote with a different name*

Your birthdate* (MM/DD/YYYY) Your Colorado Driver's License or Colorado ID Card number* Last 4 digits of your Social Security Number

Phone number (include area code) Email address

Legal Residence Address (Even if currently displaced) (No PO Boxes)*

Apt. or Unit City or Town* ZIP Code* Colorado County

Mailing address (required if different from your home address) Apt. or Unit City or Town State ZIP Code

Your Replacement Ballot Delivery Method Important notice: You will waive your right to a secret ballot if you return your ballot by fax or email.

Note: You may only select the fax or email option if you are unable to have an authorized representative pick up the ballot.

Give my ballot to my authorized representative in the county clerk's office:

Name of Authorized Representative Signature of Authorized Representative Acknowledging receipt of ballot

Authorized Representative's Address (Street, City, State, Zip)

Send my ballot by fax to the following fax number (include area code):

Send my ballot by email to the following email address:

Self-Affirmation and Signature

I affirm that the information I have provided above is accurate to the best of my knowledge.



Signature or Mark*

Date*

Witness Signature

Date

(If you are unable to sign personally, you must make a mark and a witness to the mark must sign here).

Solicitud de Boleta de Reemplazo de Emergencia En persona

For office use only

Voter ID Number: _____

Usted puede usar este formulario para solicitar la emisión de una boleta de correo de reemplazo por correo electrónico, fax o en persona en la oficina del secretario y registrador de su condado. Por favor complete todos los campos marcados con un asterisco (*). Siga las instrucciones para otros campos. Escanee su formulario firmado y envíelo por correo electrónico al secretario y registrador de su condado o envíe por fax su formulario firmado al secretario y registrador de su condado. El secretario y el registrador de su condado debe recibir su solicitud antes de las 5:00 p.m. en el Día de la elección. Su boleta votada debe recibirse antes de las 7:00 p.m. el día de la elección. Los matasellos no cuentan.

Elegibilidad para obtener una boleta de reemplazo de emergencia*

Estoy o estaré confinado en un hospital o lugar de residencia el Día de la Elección.

Un miembro de mi familia inmediata de relación del segundo grado es o será confinado a un hospital o lugar de residencia el Día de la Elección.

Nota: "segundo grado" significa por sangre, adopción, matrimonio o las asociaciones de unión civil.

Soy incapaz de votar debido a una condición de emergencia, incendios forestales, inundaciones u otro evento catastrófico.

Su Información de Identificación

Apellido* Nombre* Segundo nombre Suffix

Nombre anterior si está actualmente registrador con diferente nombre*

Su fecha de nacimiento* (MM/DD/AAA) Su número de licencia de conducir o tarjeta de identificación Últimos 4 dígitos de su número de seguro social

Número de teléfono (incluyendo código de área) Dirección de correo electrónico

Dirección Legal de Residencia (Incluso si está actualmente desplazado) (No se permiten apartados) *

Apto. o Unidad Ciudad o Pueblo* Código Postal* Condado de Colorado

Dirección postal (requerido si es distinto a su dirección residencial) Apto. o Unidad Ciudad o Pueblo Estado ZIP Code

Método de entrega de su Boleta de Reemplazo Aviso importante: Usted renuncia su derecho a una votación secreta si regresa su boleta por fax o correo electrónico. Nota: Usted solo puede seleccionar la opción de fax o correo electrónico si usted no tiene un representante autorizado que puede recoger la boleta.

Dar mí boleta a mi representante autorizado en la oficina del secretario del condado:

Nombre del Representante Autorizado Firma del Representante Autorizado confirmando recibo de la boleta

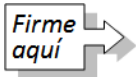
Dirección del Representante Autorizado (Calle, Ciudad, Estado, Código)

Enviar mí boleta al siguiente fax (incluyendo código de área)

Enviar mí boleta por correo electrónico a la siguiente dirección:

Afirmación propia:

Yo afirmo que la información que yo he provisto arriba es correcta a lo mejor de mi conocimiento.



Firma o marca*

Fecha*

Firma del Testigo
(si usted no puede firmar personalmente, usted debe poner una
marca y un testigo de la marca debe firmar aquí)

Fecha