

SMITHTOWN SPECIAL LIBRARY DISTRICT

Absentee / Early Mail Ballot Application

OFFICE USE ONLY			
Verified: Yes	No		
S	C	K	N
Given: date	_____	intl	_____
Mailed: date	_____	intl	_____

INSTRUCTIONS

- Only use this form if you are a registered voter with the Suffolk County Board of Elections and have resided in the Smithtown Special Library District for at least 30 days prior to the vote.
- Your application will be rejected if you fail to complete all applicable sections of this form including the required signature section.
- Return applications in-person at any Smithtown Library Building up until seven (7) days prior to the vote, in-person at the Nesconset Building up until 5:00pm the Friday before the vote, or mail to: The Smithtown Library, Community Relations Department, 148 Smithtown Boulevard, Nesconset, NY 11767.
- When requesting your ballot to be mailed - your application must be received not later than the seventh day before the vote.
- Military Voter applications must be received not later than twenty-five (25) days before the date of the vote.
- Do not use this form if you are designated as "permanently disabled" by the Suffolk County Board of Elections. You will receive an absentee ballot without making separate application with the Smithtown Special Library District.

Last Name	First Name	Middle Initial	Suffix	Date of Birth	
Address Where You Live (do not give P.O. Box)		Apt. #	Hamlet/Village	Zip Code	Phone No.
Address Where You Get Your Mail (if different)		Apt. #	Hamlet/Village	State	Zip Code

Vote to be held on: October _____, 20_____ I am applying for (check one): Absentee Early Voting Military

Absentee Voters Only
I am requesting, in good faith, an **absentee** ballot due to (check one reason):

- absent from the County or State
- temporary or permanent illness or physical disability
- primary care giver of one or more individuals who are ill or physically disabled
- resident or patient of a Veterans Hospital
- confinement due to court action

Military Voters Only - Absentee
Deadline: Application must be received not later than twenty-five (25) days before the date of the vote.
Deliver my ballot to (check one):

- mail - complete mailing section below*
- email _____
- fax _____

Deliver Ballot (check one): Note: in-person ballot pick-up hours are 9:30am-5:00pm Monday through Friday, up until the Friday before the vote.

- Deliver to me in person at the Nesconset Building of The Smithtown Library (148 Smithtown Boulevard, Nesconset)
- I authorize (give name): _____ to pick up my ballot at the Nesconset Building of The Smithtown Library (148 Smithtown Boulevard, Nesconset)
- Mail ballot to me at: (applications must be received by the Library at least seven (7) days prior to the vote to qualify for mailing)

***Complete ONLY when ballot is to be mailed.**

Print Last Name	Print First Name	Middle Initial	Suffix		
Mailing Address	Apt.#	City/Hamlet/Village	State	Zip	Country

SIGNATURE AND DATE REQUIRED

I certify that I am a qualified registered voter, that the information in this application is true and correct, and that this application will be accepted for all purposes as the equivalent of an affidavit and, if it contains a material false statement, shall subject me to the same penalties as if I had been duly sworn.

Sign here: _____ Date: ___/___/___

IF UNABLE TO SIGN ABOVE

Applicant unable to sign because of illness, physical disability or inability to read, must execute the following statement: By my mark, duly witnessed hereunder, I hereby state that I am unable to sign my application for an absentee/early voting ballot without assistance because I am unable to write by reason of my illness or physical disability or because I am unable to read. I have made, or have had the assistance in making, my mark in lieu of my signature. (No power of attorney or preprinted name stamps allowed.)

Printed name of voter: _____ Mark: _____ Date: ___/___/___

I, the undersigned, hereby certify that the above named voter affixed their mark to this application in my presence and I know him or her to be the person who affixed his or her mark to said application and understand that this statement will be accepted for all purposes as the equivalent of an affidavit and if it contains a material false statement, shall subject me to the same penalties as if I had been duly sworn.

Signature of witness to mark: _____

Address of witness: _____

OFFICE USE ONLY	
Date Stamp:	_____
Reason for denial:	_____ Denied by: _____

SMITHTOWN SPECIAL LIBRARY DISTRICT

Solicitud de boleta de votación en ausencia/anticipada

OFFICE USE ONLY			
Verified: Yes	No		
S	C	K	N
Given: date	intl		
Mailed: date	intl		

INSTRUCCIONES

- Utilice este formulario únicamente si es un votante registrado en la Junta Electoral del Condado de Suffolk y ha residido en el Distrito de Bibliotecas Especiales de Smithtown durante al menos 30 días antes de la votación.
- Su solicitud será rechazada si no completa todas las secciones aplicables de este formulario, incluida la sección de firma requerida.
- Cuando solicite que se envíe su boleta por correo, la solicitud debe recibirse a más tardar el séptimo día antes de la votación.
- Devolver las solicitudes a cualquier biblioteca de Smithtown hasta siete (7) días antes de la votación; en persona en el edificio de Nesconset hasta las 5:00 p. m. del viernes anterior a la votación o por correo a: The Smithtown Library, Community Relations Department, 148 Smithtown Boulevard, Nesconset, NY 11767.
- Las solicitudes de votantes militares deben recibirse a más tardar veinticinco (25) días antes de la fecha de la votación.
- No utilice este formulario si la Junta Electoral del Condado de Suffolk lo designa como "discapacitado permanentemente", recibirá una boleta de voto ausente sin presentar una solicitud por separado ante el Distrito de Bibliotecas Especiales de Smithtown.

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Sufijo	Fecha de Nacimiento	
Dirección en que vive (no brinde una Caja de correo)		Dep. #	Aldea/Pueblo	Código Postal	Teléfono de casa
Dirección en que recibe el correo (si es diferente)		Dep. #	Aldea/Pueblo	Estado	Código Postal

Votación a celebrarse en Octubre _____, 20 ____ Estoy solicitando (marque uno): Ausente Votación anticipada Military

Sólo votantes ausentes Solicito, de buena fe, un voto en ausencia debido a (marque un motivo): <input type="checkbox"/> ausente del condado o estado <input type="checkbox"/> enfermedad temporal o permanente o discapacidad física <input type="checkbox"/> proveedor de atención primaria de una o más personas que están enfermas o físicamente discapacitadas <input type="checkbox"/> residente o paciente de un hospital de veteranos <input type="checkbox"/> confinamiento por acción judicial	Sólo votantes militares: ausentes La solicitud completa debe recibirse a más tardar veinticinco (25) días antes de la fecha de la votación. Deliver my ballot to (check one): <input type="checkbox"/> correo: complete la sección de correo a continuación <input type="checkbox"/> correo electrónico _____ <input type="checkbox"/> fax _____
---	---

Entregar mi boleta a (marcar una): Nota: el horario de recogida de boletas en persona es de 9:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes, hasta el viernes anterior a la votación.

- Entrega en persona en el Edificio Nesconset de la Biblioteca de Smithtown (148 Smithtown Boulevard, Nesconset)
- Autorizo a (dar nombre): _____ a recoger mi papeleta en el Edificio Nesconset de la Biblioteca de Smithtown (148 Smithtown Boulevard, Nesconset)
- Enviar la papeleta por correo a la dirección: (la biblioteca debe recibir las solicitudes al menos siete (7) días antes de la votación para) calificar para el envío por correo

Complete SOLAMENTE si la papeleta debe enviarse por correo.

Apellido en Imprenta	Primer Nombre en Imprenta	Inicial del Segundo Nombre	Sufijo		
Dirección de correo	Dep. #	Ciudad/Aldea/Pueblo	Estado	Código Postal	País

FIRMA Y FECHA REQUERIDA

Certifico que soy un votante registrado calificado, que la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que esta solicitud será aceptada para los propósitos como el equivalente de una declaración jurada y, de contener una declaración falsa, se me someterá a las mismas sanciones que si hubiera prestado juramento.

Firme aquí: _____

Fecha: ____/____/____

SI NO PUEDE FIRMAR ARRIBA

El solicitante que no es capaz de firmar debido a una enfermedad, discapacidad física o incapacidad de leer, debe realizar la siguiente declaración: Por mi marca, debidamente testificada a continuación, por la presente declaro que no soy capaz de firmar mi solicitud para un voto en ausencia sin asistencia debido a que no puedo escribir por motivos de mi enfermedad o discapacidad física o porque no puedo leer. He hecho, o tuve asistencia al hacerla, mi marca en lugar de mi firma. (No se permiten poderes notariales o sellos preimpresos con el nombre.)

Nombre en imprenta del votante : _____ Marca: _____ Fecha: ____/____/____

Yo, el abajo firmante certifico que el votante mencionado anteriormente colocó su marca a esta solicitud en mi presencia y sé que es la persona que colocó su marca en dicha solicitud y comprendo que esta declaración será aceptada para los propósitos como el equivalente de una declaración jurada y, de contener una declaración falsa, se me someterá a las mismas sanciones que si hubiera prestado juramento.

Firma del testigo de la marca: _____

Dirección del testigo: _____

OFFICE USE ONLY	
Date Stamp:	
Reason for denial:	Denied by: ____