

# Longwood Central School District

## School District Absentee Ballot Application

(for School District Elections, Budget Votes and Referenda)

Please print clearly.

This application may only be used for school district elections by qualified voters who reside in a school district that provides for personal registration of voters. If the application requests the absentee ballot be mailed, the application must be received by the district clerk not later than 7 days before the election for which the absentee ballot is sought. Otherwise, the application may be personally delivered to the district clerk not later than the day before the election. Applications may not be submitted more than 30 days prior to the election. If you are qualified for absentee voting and issued an absentee ballot, the ballot itself must be received by the school district clerk by 5 p.m. on the day of the election in order to be canvassed.

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

<input type="checkbox"/> Absence from county on election day	<input type="checkbox"/> Resident or patient of Veterans Health Administration Hospital
<input type="checkbox"/> Temporary illness or physical disability	<input type="checkbox"/> Detention in jail/prison, awaiting trial, awaiting action by a grand jury, or in prison for conviction of a crime or offense which was not a felony
<input type="checkbox"/> Permanent illness or physical disability	
<input type="checkbox"/> Duties related to primary care of one or more individuals who are ill or physically disabled	

**2** absentee ballot(s) requested for the following school district election(s)

Annual election and budget vote  Budget re -vote  Special district election or referendum

Any election held between these dates: absence begins: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ absence ends: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3**

Last name or surname	First name	Middle initial	Suffix
----------------------	------------	----------------	--------

**4**

Date of birth ___/___/___	School district where you reside	Phone number (optional)	Email (optional)
------------------------------	----------------------------------	-------------------------	------------------

**5**

Address where you live (residence) street	Apt	City	State	Zip Code
			<b>NY</b>	

**6** Delivery of School District Absentee Ballot (check one)

Deliver to me in person at office of school district clerk.

I authorize (give name): \_\_\_\_\_ to pick up my ballot at the office of the school district clerk.  Mail ballot to me at: (mailing address)

\_\_\_\_\_

street no.	street name	apt.	city	state	zip code
------------	-------------	------	------	-------	----------

**Applicant Must Sign Below**

**7** I certify that I am a qualified and registered voter. I hereby declare that the foregoing is a true statement to the best of my knowledge and belief, and I understand that if I make any material false statement in the foregoing statement of application for absentee ballots, I shall be guilty of a misdemeanor.

Date \_\_\_\_\_ Signature of Voter: \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar Central de Longwood

## Solicitud de Votación de Ausencia del Distrito Escolar

(para elecciones de Distrito Escolar, Votos Presupuestarios y Referendos)

Por favor, imprima claramente.

Esta solicitud solo puede ser utilizada para las elecciones de distrito escolar por votantes calificados que viven en un distrito escolar que prevé el registro personal de votantes. Si la solicitud solicita que se envíe por correo la votación en ausencia, la solicitud debe ser recibida por el secretario de distrito no más tardar de 7 días antes de la elección para la cual se solicita la votación en ausencia. De lo contrario, la solicitud puede ser entregada personalmente al secretario del distrito no más tardar del día antes de la elección. Las solicitudes no pueden presentarse más de 30 días antes de la elección. Si usted está calificado para la votación en ausencia y solicito una votación en ausencia, la votación debe ser recibida por el secretario del distrito escolar antes de las 5 p.m. el día de la elección para ser examinada.

### 1 Estoy solicitando, de buena fe, una votación de ausencia (marque una razón):

debido a

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausencia del condado el día de las elecciones  | <input type="checkbox"/> Residente o paciente del Hospital de Administración de Salud de Veteranos   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad temporal o discapacidad física  | <input type="checkbox"/> Detención en prisión/cárcel, a la espera de juicio, a la espera de la acción de un gran jurado, o en prisión por condena de un delito o delito que no fue un delito grave |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad permanente o discapacidad física  |  |
| <input type="checkbox"/> Deberes relacionados con la atención primaria de una o más personas enfermas o con discapacidad física |  |

### 2 Votación(es) en ausencia solicitada(s) para las siguientes elecciones de distrito escolar(es)

- Votación anual de elecciones y presupuesto  Re-votación del presupuesto  Elección o referéndum distrital especial
- Cualquier elección que se celebre entre estas fechas: ausencia comienza: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ausencia termino: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3	Apellido	Primer Nombre	Inicial Media	Sufijo
---	----------	---------------	---------------	--------

4	Fecha de Nacimiento ___/___/___	Distrito escolar donde usted vive	Número de teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)
---	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

5	Dirección donde usted vive (residencia) la calle	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
				NY	

6	Entrega de votación de Ausencia por Correo de Distrito Escolar (marque uno)
<input type="checkbox"/>	Entrégume en persona en la oficina del oficinista de distrito escolar.
<input type="checkbox"/>	Autorizo (dé el nombre): _____ recoger mi votación en la oficina del oficinista del distrito escolar.
<input type="checkbox"/>	Envíe la Votación a mí al: (envío de dirección)
Número de la calle    Nombre de la calle    Apto.    Ciudad    Estado    Código postal	

### Candidato Debe Firmar Abajo

7	Certifico que soy un votante calificado y registrado. Por la presente declaro que lo anterior es una verdadera declaración a lo mejor de mi conocimiento y creencia, y entiendo que si hago alguna declaración falsa material en la declaración anterior de solicitud de voto en ausencia, seré culpable de un delito menor.
Fecha	Firma de Votante: