

FOR OFFICE USE ONLY

Key _____

Pct. _____ Wd. _____

Code _____

Date _____

KOMISJA WYBORCZA
MIASTA CHICAGO

FOR OFFICE USE ONLY

WYBORY POWSZECHNE 3 LISTOPADA 2020 R.

**WNIOSEK O KARTĘ DO GŁOSOWANIA DLA KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ
WYBORCÓW PRZYJĘTYCH DO SZPITALA, DOMU OPIEKI LUB CENTRUM
REHABILITACJI NIE WIĘCEJ NIŻ 14 DNI PRZED DNIEM WYBORÓW**

Do oddania głosu w **WYBORACH POWSZECHNYCH** w powiecie Cook stanu Illinois, w _____ okręgu wyborczym, _____ okręgu miejskiego, miasta Chicago.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem _____ okręgu wyborczego, _____ okręgu miejskiego, miasta Chicago, zamieszkałym pod adresem _____ w tym mieście, w powiecie Cook i stanie IL; że mieszkam pod tym adresem od _____ miesiąca(y), że zgodnie z prawem jestem upoważniony(a) do głosowania w niniejszym okręgu wyborczym w **WYBORACH**, które odbędą się **3 LISTOPADA 2020 R.**, że będę fizycznie niezdolny(a) do bycia obecnym(a) w placówce wyborczej mojego okręgu wyborczego w dniu wyborów z następujących powodów:

Jestem pacjentem w _____, pod adresem _____ w mieście _____ (szpital, dom opieki lub centrum rehabilitacji) (miejscowości) _____ w powiecie _____. Zostałem(am) przyjęty(a) z powodu _____ (rodzaj choroby lub urazu fizycznego) w dniu _____ i nie spodziewam się być zwolniony z zakładu w dniu lub przed dniem wyborów. (data przyjęcia)

Wypełniam wniosek w celu głosowania na oficjalnej karcie lub kartach wyborczych w niniejszych wyborach i zgadzam się dostarczyć kartę lub karty wyborcze do urzędu wyborczego przed lub w dniu wyborów.

Pod karą krzywoprzysięstwa zgodnie z Artykułem 29 Kodeksu Wyborczego, ja niżej podpisany(a) stwierdzam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne.

Data _____

Podpis wnioskodawcy

Sprawdzone przez pracownika Komisji Wyborczej

Imię i nazwisko wnioskodawcy drukowanymi literami

CERTIFICATE OF ATTENDING PHYSICIAN

I state that I am a physician, duly licensed to practice in the State of _____; that _____ is a patient in _____ located at _____ (name of hospital, nursing home or rehabilitation center) in the County, City or Village of _____ that such individual was admitted for _____ on _____ (nature of illness or physical injury) _____ (date); and that I have examined such individual in the State in which I am licensed to practice medicine and do not expect such individual to be released from the hospital, nursing home or rehabilitation center on or before the date of election.

Under penalties as provided by law pursuant to Section 29-10 of the Election Code, the undersigned certifies that the statements set forth in this certificate are true and correct.

Signature of Physician _____

Date Licensed _____

**AFFIDAVIT FOR PERSONAL DELIVERY OF BALLOT TO VOTER
ADMITTED TO HOSPITAL, NURSING HOME OR REHABILITATION CENTER**

I, _____, do solemnly swear (or affirm) that
(Please Print Name)

I am a (check one):

relative of the admitted voter named below and the nature of my relationship to such voter is that of his or her _____, or
(state relationship)

registered voter of the same precinct as the admitted voter named below.

I further state that _____ who has been admitted to a hospital,
(NAME OF PERSON in hospital, nursing home or rehabilitation center)

nursing home or rehabilitation center has authorized me to obtain and deliver to him/her a Vote By Mail ballot, to be voted by him/her for personal delivery by me.

I further state that upon completion of voting I shall return said ballot or ballots securely sealed by the voter to the election authority on or before Election Day.

Signature of relative or registered voter of precinct

Date

----- **Notarization** -----

STATE OF ILLINOIS
COUNTY OF COOK

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ day of _____, 20_____

by _____ (name of person acknowledged.)

Notary Public (SEAL)

Printed Name: _____ My Commission Expires: _____