

**ZAŚWIADCZENIE I WNIOSEK DLA
NIEPEŁNOSPRAWNEGO WYBORCY, MIESZKAŃCA
DOMU OPIEKI LUB DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
KARTA IDENTYFIKACYJNA**

DO UŻYTKU URZĘDOWEGO	
DVI Card No.	
Date Issued	Exp. Date
Reg. No.	
Date of App. Receipt	

Ja, _____, oświadczam że jestem zarejestrowanym wyborcą _____ okręgu
(imię i nazwisko drukowanymi literami)

wyborczego _____ okręgu miejskiego miasta Chicago, zamieszkały/a pod adresem _____;
(adres zamieszkania drukowanymi literami)

składam niniejszy wniosek o Kartę Identyfikacyjną Niepełnosprawnego Wyborcy lub Mieszkańca Domu Opieki ponieważ Ja
(zaznacz odpowiedni kwadracik):

posiadam stałą niezdolność fizyczną

jestem mieszkańcem domu opieki lub domu pomocy społecznej

i posiadam kondycję lub niepełnosprawność, która uniemożliwia mi bycie obecnym/ą w placówce wyborczej w przyszłych wyborach. Zgadzam się, że w przypadku w którym stanę się zdolnym/a do normalnego głosowania natychmiast zwrócę tą kartę do Rady Wyborczej.

Pod karą krzywoprzysięstwa (Artykuł 29-10 Kodeksu Wyborczego) niżej podpisany/a stwierdzam, iż informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne.

ADRES POD KTÓRY KARTA DVI MA ZOSTAĆ PRZESŁANA

Nazwa Ulicy _____

Podpis Wnioskodawcy _____

Nazwa Miasta _____ Stan _____ Kod pocztowy _____

Imię i Nazwisko drukowanymi literami _____

Numer Telefonu (_____) _____

Zapis Rejestracji sprawdzony przez _____

Instrukcje dla Wnioskodawcy

Jeżeli posiadasz Kartę Identyfikacyjną (I.D.) Niepełnosprawnej Osoby stanu Illinois proszę wypełnij Sekcję (A) poniżej.

Jeżeli nie posiadasz Karty Identyfikacyjnej (I.D.), wymagany jest podpis lekarza na niniejszym zaświadczeniu Sekcja (B).

Zawiadomienie dla osób składających podpis na niniejszym zaświadczeniu:

Pod karą krzywoprzysięstwa (Artykuł 29-10 Kodeksu Wyborczego) niżej podpisany/a stwierdzam, iż informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne.

- A -

Ja, _____, oświadczam, że posiadam Kartę Identyfikacyjną Niepełnosprawnej Osoby stanu Illinois.

Mój numer Karty Identyfikacyjnej (I.D.) to _____ i data ważności to ____ / ____ / ____ (Miesiąc/Dzień/Rok).

Podpis Wnioskodawcy _____

- B -

STAN ILLINOIS _____ } ss.
POWIAT COOK _____

Ja, _____, oświadczam, że jestem lekarzem, posiadającym licencję wykonywania zawodu w Stanie _____; że zbadałem/am _____; i że Ja stanowczo wierzę on/ona nie będzie w stanie samodzielnie udać się do placówki wyborczej w przyszłych wyborach z następujących powodów:

Drukowanymi literami Imię i Nazwisko Lekarza _____

Podpis Lekarza _____

Adres Siedziby _____

Data Licencji ____ / ____ / ____

Numer Telefonu (_____) _____