

伊利諾州 } ss.
庫克縣

殘障選民、或居住在療養院 或康復中心的選民證明卡 宣誓書及申請表

FOR OFFICE USE ONLY	
DVI Card No.	
Date Issued	Exp. Date
Reg. No.	
Date of App. Receipt	

我， _____，證明我是芝加哥市 _____ 分區
(用正楷書寫姓名)

_____ 區的登記選民，居住在 _____ ；
(地址)

在此申請殘障選民或居住在療養院或康復中心的選民證明卡因我
(勾選適當的選框)：

- 是永久殘障
 是住在療養院或康復中心的居民

及身體狀況或殘障使我在任何未來的選舉中不能夠在投票站投票。我同意當我能夠恢復正常投票時，我會立即交還此卡給選舉委員會。

以承擔選舉法第 29-10 節有關的處罰為保證，以下簽署人確認本申請中所載陳述為真實和正確。

DVI 卡可寄至的地址

街道名稱 _____
市名稱 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____
電話號碼 (____) _____
選民登記紀錄核對員 _____

申請人簽名 _____
用正楷書寫姓名 _____

給申請人的指示

如果您已取得伊利諾州殘障人士身份證明卡，請填寫以下 (A) 部。
如果您沒有這身份證明卡，您必須要求醫生填寫以下 (B) 部。

給簽署人的指示：

以承擔選舉法第 29-10 節有關的處罰為保證，以下簽署人確認本申請中所載陳述為真實和正確。

- A -

我， _____，聲明我持有伊利諾州殘障人士身份證明卡。
我的身份證明卡號碼是 _____ 有效期至 ____ / ____ / ____ (月/日/年)。

申請人簽名 _____

- B -

伊利諾州 _____ } ss.
庫克縣 _____

我， _____，在此證明我是醫生，正式持牌執業於 _____ 州；我護理
_____；我確實相信他/她因身體狀況將不能夠在任何未來的選舉中在投票站投票，理由如下：

用正楷書寫醫生姓名 _____ 醫生簽名 _____
辦公室地址 _____ 執照日期 ____ / ____ / ____
電話號碼 (____) _____