



OFICINA DEL
**TASADOR-SECRETARIO-
 REGISTRADOR Y ELECCIONES**
 CONDADO DE SAN MATEO

MARK CHURCH
 JEFE FUNCIONARIO DE ELECCIONES Y
 TASADOR-SECRETARIO-REGISTRADOR DEL CONDADO

**DECLARACION DE BOLETA ELECTORAL NO FIRMADA PARA LA
 ELECCIÓN GENERAL ESTATAL DEL 8 DE NOVIEMBRE DE 2022**

INFORMACIÓN DEL VOTANTE

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE Y N.º DE APTO. O SUITE)
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

Lea las instrucciones antes de llenar la declaración. El incumplimiento de estas instrucciones puede causar que su boleta electoral no cuente.

Debe firmar esta declaración en la casilla de abajo. Su firma en la Declaración de Boleta Electoral No Firmada debe compararse con su registro de votante.

Puede devolver esta declaración en cualquier Centro de Votación o Buzón de Entrega a más tardar a las 8:00 p.m. del 8 de noviembre de 2022. Esta declaración también puede ser devuelta por fax (650.312.5348), correo electrónico (registrar@smcacre.org) o en persona en 40 Tower Road, San Mateo, CA 94402 a más tardar a las 5:00 p.m. del 6 de diciembre de 2022.

ID DEL VOTANTE:

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ
--

Yo, _____, soy un votante inscrito en el Condado de San Mateo, Estado de California. Declaro bajo pena de perjurio que solicité y devolví una boleta electoral de votación por correo y que no he votado y no votaré más de una vez en esta elección. Soy residente del recinto en el que he votado y soy la persona cuyo nombre aparece en el sobre de boleta electoral de votación por correo. Entiendo que si cometo o pretendo cometer algún fraude relacionado con la votación, o si ayudo o incito a otra persona en algún fraude o trato de ayudar o incitar a otra persona en un fraude relacionado con la votación, podría ser condenado por un delito grave penado con encarcelamiento por 16 meses o dos o tres años. Entiendo que el no firmar esta declaración significa que mi boleta electoral de votación por correo será invalidada.

FIRMA DEL VOTANTE *(Firma o "Marca del Solicitante" de la mano del votante – No Use Letra de Imprenta – NO se acepta Firma de Apoderado)*

FIRMA X	FECHA
--------------------------	--------------

FIRMA DEL TESTIGO SI EL VOTANTE ESTÁ UTILIZANDO UNA "MARCA" PARA LA FIRMA DE ARRIBA

FIRMA X	FECHA
--------------------------	--------------

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, puede comunicarse con nuestra oficina al 650.312.5222 o a registrar@smcacre.org.