

FORMULAIRE D'AGENT DÉSIGNÉ

Pour les électeurs handicapés qui ont besoin d'aide pour récupérer ou retourner le matériel de vote par correspondance



Pennsylvania
Department of State

A quoi sert ce formulaire ?

Utilisez ce formulaire pour choisir quelqu'un pour vous aider à voter par correspondance.

La personne que vous choisissez est votre agent désigné. Votre agent désigné peut :

Récupérer et retourner votre formulaire de demande de vote par correspondance ou par correspondance pour absence.

Récupérer et retourner votre bulletin de vote par correspondance ou par correspondance pour absence.

Fournir toute autre aide dont vous avez besoin pour voter.

Qui peut utiliser ce formulaire ?

Vous pouvez utiliser ce formulaire si vous avez un handicap et avez besoin d'aide pour récupérer ou retourner votre bulletin de vote ou tout autre matériel de vote.

Comment utiliser ce formulaire ?

1. Remplissez la partie supérieure de ce formulaire.
 2. Demandez à votre agent désigné de remplir la partie inférieure.
 3. C'est une bonne idée de faire une copie du formulaire rempli (une photo sur un téléphone est acceptable). Conservez la copie et remettez le formulaire original à votre agent désigné.
 4. Votre agent désigné doit avoir le formulaire rempli avec lui lorsqu'il récupère ou retourne votre bulletin de vote ou tout autre matériel de vote.
- Lors du vote, ne mettez pas ce formulaire dans l'enveloppe jaune confidentielle avec votre bulletin de vote rempli.

Qui peut être mon agent désigné ?

Vous pouvez choisir n'importe qui comme agent désigné, sauf :

- Votre employeur ou un agent de votre employeur.
- Un dirigeant ou un agent de votre syndicat

Il est illégal pour quiconque de vous intimider ou d'exercer des pressions à votre égard dans l'exercice de votre droit de vote.

Comment puis-je obtenir des informations sur le vote par correspondance ?

Rendez-vous sur vote.pa.gov/mailballot ou appelez le 1-877-868-3772 ou le conseil électoral de votre comté.

FORMULAIRE D'AGENT DÉSIGNÉ

Pour les électeurs handicapés qui ont besoin d'aide pour récupérer ou retourner le matériel de vote par correspondance



Pennsylvania
Department of State

ÉLECTEUR, complétez cette section

Indiquez l'adresse où vous êtes inscrit pour voter.

Vous souhaitez peut-être conserver une copie de ce formulaire (une photo sur un téléphone est acceptable).

Remettez le formulaire rempli à votre agent désigné. Ne mettez pas le formulaire dans l'enveloppe jaune confidentielle avec votre bulletin de vote complété.

Prénom _____ Deuxième prénom/initiale _____

Nom de famille _____ Suffixe _____

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code Postal _____

Comté _____

Nom de l'agent désigné _____

J'ai un handicap et j'ai besoin d'aide pour voter par correspondance. J'autorise mon agent désigné à récupérer et à retourner mon matériel de vote par correspondance pour absence. Je comprends que les fausses déclarations sont punissables en vertu du 18 Pa. CS § 4904.

ISI je ne suis pas en mesure de signer sans aide en raison d'un handicap, j'ai apposé ma marque ou quelqu'un m'a aidé à apposer ma marque.

SIGNATURE DE L'ÉLECTEUR

Date d'aujourd'hui _____

AGENT DÉSIGNÉ, remplissez cette section

Après avoir rempli ce formulaire, pensez à en faire une copie pour l'électeur (une photo sur un téléphone est acceptable).

Vous devez avoir le formulaire rempli avec vous lorsque vous récupérez ou retournez un bulletin de vote ou tout autre matériel de vote.

Ne mettez pas ce formulaire dans l'enveloppe jaune confidentielle qui contient le bulletin de vote complété.

Prénom _____ Deuxième prénom/initiale _____

Nom de famille _____ Suffixe _____

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code Postal _____

Nom de l'électeur _____

J'accepte d'être l'agent désigné de l'électeur nommé ci-dessus. L'électeur m'a autorisé à récupérer ou à retourner son matériel de vote par correspondance ou par correspondance pour absence. J'affirme que je n'ai marqué ni modifié aucun des documents de vote par correspondance ou par correspondance pour absence de l'électeur, à moins que l'électeur ne m'ait demandé et autorisé à le faire. Je comprends que les fausses déclarations sont punissables en vertu du 18 Pa. CS § 4904.

SIGNATURE DE L'AGENT DÉSIGNÉ

Date d'aujourd'hui _____