

AUTHORIZE A DESIGNATED AGENT TO HELP YOU OBTAIN AND/OR RETURN YOUR MAIL-IN OR ABSENTEE BALLOT



To be Completed by the Voter:

*First name: _____ *Last name: _____

Middle name or initial: _____ Jr Sr II III IV

*Address Line 1: _____

Address Line 2: _____

*County _____

*City/Town _____ *State _____ *Zip Code _____

I affirm that I am a voter with a disability as defined in the Americans with Disabilities Act. As such, I hereby authorize _____ (name of designated agent) to do any or all of the following on my behalf: submit a completed paper ballot application to my County Board of Elections, pick up a ballot for me to complete, and deliver or mail the completed ballot to my County Board of Elections. I affirm that I am an eligible voter in the above County and that my signature and name are as shown on this form.

If returning with voted ballot:

I affirm that I have not attempted and will not attempt to submit more than one ballot in this election, and that my ballot has been or will be delivered in accordance with the applicable provisions of the Pennsylvania Election Code.

I make this unsworn statement with the knowledge that any false statement made herein is punishable under 18 Pa.C.S. § 4904 relating to unsworn falsification to authorities.

Signature of Voter _____ Date _____

To be Completed by the Designated Agent:

*First name: _____ *Last name: _____

Middle name or initial: _____ Jr Sr II III IV

*Address Line 1: _____

Address Line 2: _____

*County _____

*City/Town _____ *State _____ *Zip Code _____

I agree to serve as the designated agent for _____ (printed name of voter), who requires assistance because of a disability as defined under the Americans with Disabilities Act, and who authorized me to do any or all of the following on his or her behalf: submit a completed ballot application to the County Board of Elections, pick up a ballot for the above-named voter to complete, and deliver or mail the completed ballot to the Board of Elections after the ballot has been completed in accord with the applicable provisions of the Pennsylvania Election Code. I certify that I have not altered or marked the application, ballot, or return envelope in any manner. Furthermore, I certify that I am not acting as a designated agent during this election for any person who does not live in the same household as the above-named voter. I make this unsworn statement with the knowledge that any false statement made herein is punishable under 18 Pa.C.S. § 4904 relating to unsworn falsification to authorities.

Signature of Designated Agent _____ Date _____

**AUTORIZAR A UN AGENTE DESIGNADO PARA
AYUDARLO A OBTENER Y/O DEVOLVER SU PAPELETA
DE VOTO POR CORREO O VOTO EN AUSENCIA**



**A completar
por el
votante:**

*Nombre: _____ *Apellido: _____

Segundo nombre o inicial: _____ Jr Sr II III IV

*Línea de dirección 1: _____

Línea de dirección 2: _____

*Condado: _____

*Ciudad/Pueblo: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

Declaro que soy un votante con una discapacidad según la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Como tal, por medio del presente autorizo a _____ (nombre del agente designado) a hacer cualquiera de lo siguiente o todo lo siguiente en mi nombre: presentar una solicitud completa de la papeleta de votación a la Junta Electoral del Condado, recoger una papeleta para que yo la complete y entregar o enviar por correo la papeleta con mi voto a la Junta Electoral de mi Condado. Declaro que cumplo los requerimientos para votar en el Condado detallado más arriba y que mi firma y nombre son los que se muestran en este formulario.

Si está devolviendo la papeleta con su voto:

Declaro que no he intentado ni intentaré presentar más de una papeleta en estas elecciones, y que mi papeleta ha sido o será entregada de acuerdo con las disposiciones aplicables del Código Electoral de Pennsylvania.

Realizo esta declaración no jurada con el conocimiento de que cualquier declaración falsa en el presente es sancionable de acuerdo con la sección 18 Pa.C.S. § 4904 referente a la falsificación de información de declaración no jurada ante las autoridades.

Firma del votante _____ Fecha _____

**A completar
por el
agente
designado:**

*Nombre: _____ *Apellido: _____

Segundo nombre o inicial: _____ Jr Sr II III IV

*Línea de dirección 1: _____

Línea de dirección 2: _____

*Condado: _____

*Ciudad/Pueblo: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

Estoy de acuerdo en servir como agente designado para _____ (nombre en letra de imprenta del votante), que requiere asistencia porque padece de una discapacidad según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, y que me autorizó a hacer cualquiera de lo siguiente o todo lo siguiente en su nombre: presentar una solicitud completa de papeleta de votación a la Junta Electoral del Condado, recoger una papeleta para que complete el votante mencionado arriba y entregar o enviar por correo la papeleta de votación con el voto a la Junta Electoral una vez que la papeleta haya sido completada de acuerdo con las disposiciones aplicables del Código Electoral de Pennsylvania. Certifico que no he alterado o marcado la solicitud, papeleta o el sobre de devolución de ninguna manera. Además, certifico que no estoy actuando como agente designado durante esta elección para ninguna persona que no viva en el mismo hogar que el votante nombrado arriba. Realizo esta declaración no jurada con el conocimiento de que cualquier declaración falsa en el presente es sancionable de acuerdo con la sección 18 de los Pa. C. S. referente a la falsificación de información de declaración no jurada ante las autoridades.

Firma del agente designado _____ Fecha _____