

APPLICATION FOR EMERGENCY EARLY VOTING BALLOT DUE TO SICKNESS OR PHYSICAL DISABILITY
(SOLICITUD DE EMERGENCIA PARA UNA BOLETA PARA VOTAR A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD FISICA)

Name and Residence Address where registered to vote <i>(Nombre y Dirección de Residencia de inscripción como votante)</i>		
Date of Election <i>(Fecha de la Elección)</i>	Type of Election <i>(Tipo de Elección)</i>	Authority Conducting Election <i>(Autoridad Administrando la Elección)</i>
Voter Registration VUID* (if known) <i>(Núm. De VUID de Registro (si lo sabe))</i>	County Election Precinct No. (if known) <i>(Núm. De Precinto del Condad (si lo sabe))</i>	Party Preference (Primary Only) <i>(Preferencia de Partido (solamente en Elecciones Primarias))</i>

Because of a sickness or physical condition which originated on or after the day before the last day to submit an application for ballot by mail for the above election date, I am unable to attend the polls. *(A causa de una enfermedad o condición física que originó en o después del ultimo día designado para someter una solicitud para una boleta que se votará por correo para la fecha de elección designada arriba, no podré presentarme en el sitio de votación.)*

“I CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN IN THIS APPLICATION IS TRUE, AND I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE INFORMATION IN THIS APPLICATION IS A CRIME.” *(YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE DOY EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, Y COMPRENDO QUE ES UN CRIMEN DAR INFORMACION FALSA SOBRE ESTA SOLICITUD.)*”

 Signature of Voter *(Firma del Votante)*

FOR WITNESS: Applicant, if unable to sign, shall make mark in presence of witness. If applicant is unable to make his/her mark, the witness shall check here.
(PARA EL TESTIGO: Si el solicitante no puede firmar, hará una marca ante el testigo. Si el solicitante es incapaz de hacer una marca, el testigo deberá marcar aquí. 1)

Signature of Witness
(Firma del Testigo)
 Print Full Name of Witness
(Escriba el Nombre Completo del Testigo en Letra de Molde)
 Residence Address of Witness
(Dirección de Residencia del Testigo)

Relationship to Applicant (circle one): father, mother, husband, wife, child, brother, sister, grandmother, grandfather, unrelated.
(Parentesco al solicitante (haga un círculo): padre o madre, esposo(a), hijo(a), hermano(a), abuelo(a), ningún parentesco.)

NOTE TO WITNESS: In any single election, it is a Class B misdemeanor for any person other than the early voting clerk or a deputy early voting clerk to sign as a witness to the application for an early ballot for more than one applicant. However, a person may sign more than one application as a witness if the second and subsequent applicants are related to the witness as parent, spouse, child, grandparent, sibling.
(NOTA AL TESTIGO: En cualquier elección, es un delito menor de la clase B que alguna persona además del secretario para la votación adelantada o un subsecretario para la votación adelantada firma como testigo la solicitud para una boleta para votar adelantada para más de un solicitante. Como quiera que sea, una persona podrá firmar como testigo más de una solicitud si el segundo solicitante y los solicitantes subsiguientes están emparentados con el testigo como padre o madre, esposo(a), hijo(a), abuelo(a), o hermano(a).)

PHYSICIAN’S CERTIFICATE (CERTIFICADO DEL MEDICO)

This is to certify that I know that _____ has a sickness or physical condition that will prevent him/her from appearing at the polling place for an election to be held on the day of _____, 20_____, without a likelihood of needing personal assistance or of injuring his/her health and that the sickness or physical condition originated on or after _____.
 (date)

(Esto certifica que sé que _____ tiene una enfermedad o condición física que lo/la hará incapaz de presentarse en el sitio de votación para una elección que se llevará a cabo el día de _____, 20_____, sin la posibilidad de necesitar ayuda o de dañar su salud, y que la enfermedad o condición física originó en o después del _____.)
 (fecha)

Witness my hand at _____, Texas, this _____ day of _____, 20_____.
(Atestigüe mi firma en _____ Texas, este día _____ de)

FOR OFFICIAL USE ONLY	
Name of Representative	Signature of duly licensed physician chiropractor, or accredited Christian Science practitioner <i>(Firma de un medico debidamente licenciado, un quiropráctico, o un práctico acreditado de la ciencia cristiana)</i>
Address of Representative	
Representative’s Signature	
Date of Birth	

APPLICATION FOR EMERGENCY EARLY VOTING BALLOT DUE TO SICKNESS OR PHYSICAL DISABILITY
(*ĐƠN XIN LÁ PHIẾU BẦU SỚM KHẨN CẤP DO ĐAU BỆNH HOẶC KHUYẾT TẬT VỀ THỂ CHẤT*)

Name and Residence Address where registered to vote (Tên và Địa Chỉ Cư Trú nơi ghi danh bỏ phiếu)		
Date of Election (Ngày Bầu Cử)	Type of Election (Dạng Bầu Cử)	Authority Conducting Election (Cơ Quan Có Thẩm Quyền Tiến Hành Bầu Cử)
Voter Registration VUID* (if known) Số VUID Ghi Danh Bỏ Phiếu của Cử Tri (nếu biết)	County Election Precinct No. (if known) (Số Phân Khu Bầu Cử của Quận (nếu biết))	Party Preference (Primary Only) (Chính Đảng Ưu Thích (chỉ dành cho Cuộc Bầu Cử Sơ Bộ))

Because of a sickness or physical condition which originated on or after the day before the last day to submit an application for ballot by mail for the above election date, I am unable to attend the polls (*Do đau bệnh hoặc một tình trạng khuyết tật thể chất phát sinh kể từ trong hoặc sau ngày trước ngày hạn chót nộp đơn xin lá phiếu bầu qua thư cho ngày bầu cử nói trên, tôi không thể tới các phòng phiếu.*)

“I CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN IN THIS APPLICATION IS TRUE, AND I UNDERSTAND THAT GIVING FALSE INFORMATION IN THIS APPLICATION IS A CRIME.” “(*TÔI XÁC NHẬN RẰNG THÔNG TIN GHI TRONG ĐƠN XIN NÀY LÀ ĐÚNG, VÀ TÔI HIỂU RẰNG VIỆC KHAI MAN TRONG ĐƠN XIN NÀY LÀ PHẠM TỘI.*)”

Signature of Voter (*Chữ Ký của Cử Tri*)

FOR WITNESS: Applicant, if unable to sign, shall make mark in presence of witness. If applicant is unable to make his/her mark, the witness shall check here.

(*DÀNH CHO NGƯỜI LÀM CHỨNG: Nếu không thể ký tên, đương đơn phải điểm chỉ trước sự hiện diện của người làm chứng. Nếu đương đơn không thể điểm chỉ, người làm chứng phải đánh dấu vào đây.*)

Signature of Witness
(*Chữ Ký của Người Làm Chứng*)
Print Full Name of Witness
(*Họ Tên Viết Bằng Chữ In của Người Làm Chứng*)
Residence Address of Witness
(*Địa Chỉ Nơi Cư Trú của Người Làm Chứng*)

Relationship to Applicant (circle one): father, mother, husband, wife, child, brother, sister, grandmother, grandfather, unrelated.
(*Mối liên hệ với Đương Đơn (khoanh tròn một lựa chọn): cha, mẹ, vợ, chồng, con, anh/chị/em, bà, ông, không có quan hệ họ hàng thân thích*)

NOTE TO WITNESS: In any single election, it is a Class B misdemeanor for any person other than the early voting clerk or a deputy early voting clerk to sign as a witness to the application for an early ballot for more than one applicant. However, a person may sign more than one application as a witness if the second and subsequent applicants are related to the witness as parent, spouse, child, grandparent, sibling.

(*LƯU Ý VỚI NGƯỜI LÀM CHỨNG: Trong bất kỳ một cuộc bầu cử nào, bất kỳ ai không phải là thư ký phụ trách bỏ phiếu sớm hoặc phó thư ký phụ trách bỏ phiếu sớm ký tên theo diện người làm chứng cho đơn xin lá phiếu bầu sớm của hơn một đương đơn, hành động đó sẽ bị coi là phạm tội tiêu hình Loại B. Tuy nhiên, một người có thể ký hơn một đơn xin với tư cách là người làm chứng nếu các đương đơn thứ hai và đương đơn sau đó có quan hệ họ hàng với người làm chứng, chẳng hạn như cha/mẹ, vợ/chồng, con cái, ông/bà, anh/chị/em.*)

PHYSICIAN'S CERTIFICATE (GIẤY XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ)

This is to certify that I know that _____ has a sickness or physical condition that will prevent him/her from appearing at the polling place for an election to be held on the day of _____, 20_____, without a likelihood of needing personal assistance or of injuring his/her health and that the sickness or physical condition originated on or after _____.
(date)

Giấy này xác nhận rằng tôi biết _____ bị đau bệnh hoặc có một chứng bệnh về tình trạng thể chất khiến ông ta/bà ta không thể tới phòng phiếu cho cuộc bầu cử sẽ diễn ra vào ngày _____, 20_____, mà không cần đến người trợ giúp riêng hoặc gây tổn hại đến sức khỏe của ông ta/bà ta, và tình trạng đau bệnh hoặc tình trạng thể chất đó phát sinh kể từ hoặc sau _____.
(ngày)

Witness my hand at _____, Texas, this day of _____, 20_____.
(*Làm chứng chữ ký của tôi tại Texas, vào ngày*)

FOR OFFICIAL USE ONLY	
Name of Representative	Signature of duly licensed physician chiropractor, or
Address of Representative	accredited Christian Science practitioner
Representative's Signature	Chữ ký của bác sĩ hành nghề chữa bệnh bằng phương pháp nắn khớp xương có giấy phép hợp lệ, hoặc y sĩ hành nghề có chứng nhận Khoa Học Công Giáo
Date of Birth	