

SOLICITUD DE EXENCIÓN POR MINUSVALIDEZ

Al Registrador de Votantes:

Conforme a la Fracción 13.002(i) del Código Electoral de Texas, por la presente solicito una exención permanente en este condado del requisito de presentar identificación aparte del certificado de electoral de votante en el momento de votar ya que tengo una minusvalidez y no tengo las formas de identificación especificadas en la Fracción 63.0101 del Código Electoral de Texas. Las formas de identificación aceptables son: **una Licencia de Conducir, certificado de identificación electoral, tarjeta de identificación personal o licencia para portar una arma de fuego oculta emitida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas; cédula de identidad militar de los Estados Unidos con fotografía de la persona; certificado de ciudadanía estadounidense con fotografía de la persona; o pasaporte de los Estados Unidos**, y con la excepción del Certificado de Ciudadanía Estadounidense, la identificación presentada para calificar como votante en el centro electoral deberá estar vigente o no estar vencida más de 60 días al presentarla.

He adjuntado documentación por escrito de parte de la Administración de Seguro Social de los EE.UU. como evidencia que se ha determinado que tengo una minusvalidez o de parte del Departamento de Asuntos Veteranos de EE.UU. dando evidencia de una valoración de discapacidad de 50 por ciento o más. Comprendo que el/la registrador(a) de electores mantendrá esta documentación con otros records perteneciendo a mi registro en este condado, y que la exención no se puede otorgar sin esta documentación. Además, entiendo que si me mudo a un nuevo condado y me registro para votar en ese condado, tendrá que presentar una nueva solicitud de exención de la minusvalidez y su documentación para el condado en el cual estoy registrando.

| | |
|--|-----------------------|
| Nombre | |
| Dirección de residencia (número y calle) | |
| Ciudad, Estado, Código postal | |
| Número VUID | Condado de residencia |

Certifico que la información en este documento y cualquier información adjunta son fidedignas y correctas.

Firme aquí ► _____ Fecha ► _____

| |
|---|
| Assistant/Witness |
| Si el votante no puede firmar, deberá hacer su marca ante un testigo. Si el votante no puede poner su marca, el testigo deberá marcar aquí _____. Si el votante no puede leer y/o marcar la boleta, el asistente debe de llenar la información abajo. |
| X _____ / _____ Nombre en letra de molde y firma de testigo |
| _____ Dirección de residencia de la persona indicada arriba o título con un testigo de la oficina de registro de votantes. |

| | |
|----------------------------|---|
| For Office Use Only | VUID # _____ Proof of Disability Submitted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Voter Reg. Dept. Signature _____ Date _____ Comments: _____ _____ |
|----------------------------|---|