

**RETURN TO:**  
DuPage County Election Commission  
421 N. County Farm Road  
Wheaton, Illinois 60187

|                                   |  |                                |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| BALLOT STYLE                      | ENTER VOTER'S<br>CONSECUTIVE NUMBER<br>NO. _____ | JUDGE'S INITIALS               |
| FOR ELECTION AUTHORITY'S USE ONLY |  | FOR JUDGE OF ELECTION USE ONLY |

**APPLICATION FOR BALLOT FOR QUALIFIED VOTER ADMITTED TO  
HOSPITAL, NURSING HOME, OR REHABILITATION CENTER NOT MORE THAN 14 DAYS BEFORE AN ELECTION**

To be voted at the \_\_\_\_\_ Election in DuPage County, Illinois, in the Township of \_\_\_\_\_ Precinct No. \_\_\_\_\_.

I state that I am a resident in the precinct specified above, residing at:

\_\_\_\_\_  
(APPLICANT'S FULL ADDRESS: STREET ADDRESS, CITY/VILLAGE, ZIP CODE)  
in the County of DuPage and State of Illinois: that I have lived at said address for 30 days or more preceding this election; that I am lawfully entitled to vote in such precinct at such election to be held herein on \_\_\_\_\_, that I shall be physically incapable of being present at the polls in such precinct on the date of holding such election for the following reasons:  
(MONTH DAY YEAR)

I am a patient/resident in \_\_\_\_\_ located at \_\_\_\_\_  
(NAME OF HOSPITAL, NURSING HOME, OR REHABILITATION CENTER) (STREET ADDRESS OF HOSPITAL, NURSING HOME, OR REHABILITATION CENTER)  
in the City/Village of \_\_\_\_\_ in the County of \_\_\_\_\_.

I was admitted for \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ and I do not expect to be released from the hospital, nursing home or rehabilitation center on or before the day of the election. If released, I expect to be homebound on the day of the election and unable to travel to the polling place.  
(NATURE OF ILLNESS OR PHYSICAL INJURY) (MONTH DAY YEAR)

I hereby make application for an official ballot or ballots to be voted by me at such election and I agree that I shall return such ballot or ballots to the official issuing the same in sufficient time for the ballot to be delivered by the election authority to the proper authorized counting center.

Under penalties as provided by law pursuant to 10 ILCS 5/29-10, the undersigned certifies that the statements set forth in this certification are true and correct.

I request ballot for: \_\_\_\_\_ Party  
(FOR A PRIMARY ELECTION ONLY)

**NOTE:**  
Neither Application for Ballot or Ballot is to be mailed.  
**PERSONAL DELIVERY ONLY**  
See below for appropriate affidavits that must accompany this form.

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF APPLICANT)  
\_\_\_\_\_  
(NAME OF APPLICANT - PLEASE PRINT)  
\_\_\_\_\_  
(APPLICANT'S DATE OF BIRTH)

**AFFIDAVIT OF ATTENDING PHYSICIAN**

I state that I am a physician duly licensed to practice in the State of \_\_\_\_\_; that I examined \_\_\_\_\_  
(NAME OF APPLICANT)  
a patient/resident in \_\_\_\_\_ located at \_\_\_\_\_  
(NAME OF HOSPITAL, NURSING HOME, OR REHABILITATION CENTER)  
\_\_\_\_\_  
(STREET ADDRESS OF HOSPITAL, NURSING HOME, OR REHABILITATION CENTER)  
in the City/Village of \_\_\_\_\_ and the County of \_\_\_\_\_ for:  
(NATURE OF ILLNESS OR PHYSICAL INJURY)

I, therefore, believe that he/she will be unable to attend the polls on \_\_\_\_\_  
(DATE OF ELECTION - MM/DD/YY)  
\_\_\_\_\_  
(MONTH DAY YEAR) \_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN) \_\_\_\_\_  
(DATE OF LICENSE - MM/DD/YY)

**AFFIDAVIT FOR PERSONAL DELIVERY OF BALLOT  
(To Admitted Voter)**

I, \_\_\_\_\_ do solemnly swear (or affirm) that I am:  
(NAME OF RELATIVE OR REGISTERED VOTER OF PRECINCT)  
 a relative of the above named admitted voter  
 a registered voter of the same precinct as the admitted voter

I further state that \_\_\_\_\_ who has been admitted, has requested that I obtain and deliver to him/her an absentee ballot, to be voted by him/her, for personal delivery by me. I further state that upon completion of voting I shall return said ballot, securely sealed by the voter, to the Election Authority before 7 p.m. on Election Day.  
(NAME OF APPLICANT)

**NOTE:**  
The Affidavit for Personal Delivery of Ballot is to be completed and notarized in the office of the Election Authority

\_\_\_\_\_  
(MONTH DAY YEAR) \_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF RELATIVE OR REGISTERED VOTER OF PRECINCT)

Subscribed and sworn to (or affirmed) by \_\_\_\_\_ before me,

(NOTARY SEAL)

on \_\_\_\_\_  
(MONTH DAY YEAR) \_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF NOTARY PUBLIC)

AB - 7DP

10 ILCS 5/19-13

**REGRESAR A LA:**  
DuPage County Election Commission  
421 N. County Farm Road  
Wheaton, Illinois 60187

|   |  |  |
|---|--|--|
| BALLOT STYLE<br>ESTILO DE LA BOLETA   | ENTER VOTER'S<br>CONSECUTIVE NUMBER<br><br>NO. _____ | JUDGE'S INITIALS   |
| FOR ELECTION AUTHORITY'S USE ONLY<br>SOLO PARA USO DE LAS AUTORIDADES ELECTORALES |  | FOR JUDGE OF ELECTION USE ONLY<br>SOLO PARA USO DEL JUEZ ELECTORAL |

**SOLICITUD DE UNA BOLETA PARA UN ELECTOR CALIFICADO QUE HAYA SIDO ADMITIDO AL HOSPITAL, AL ASILO O AL CENTRO DE REHABILITACIÓN A NO MÁS DE 14 DÍAS ANTES DE UNA ELECCIÓN**

Para ser votada en la Elección \_\_\_\_\_ en el Condado de DuPage, Illinois, en el Municipio de \_\_\_\_\_ Distrito Electoral No. \_\_\_\_\_.

Yo declaro que soy un residente del distrito electoral señalado arriba, yo vivo en:

\_\_\_\_\_

(DIRECCIÓN COMPLETA DEL SOLICITANTE: DIRECCIÓN, CIUDAD/PUEBLO, CODIGO POSTAL)

en el Condado de DuPage y en el Estado de Illinois: yo he vivido en dicha dirección por 30 días o más antes de esta elección; yo tengo legalmente el derecho de votar en dicho distrito electoral en dicha elección a celebrarse aquí el \_\_\_\_\_, yo estaré físicamente incapacitado para estar presente en los centros de votación de dicho

(MES - DÍA - AÑO)

distrito electoral en la fecha a celebrarse dicha elección debido a las siguientes razones:

Yo soy un paciente/residente en \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL HOSPITAL, ASILO O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

(DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, ASILO O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

en la Ciudad/Pueblo de \_\_\_\_\_ en el Condado de \_\_\_\_\_.

Yo fui admitido por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ y no espero que me den de alta del hospital, asilo o centro de rehabilitación antes de o el día de la elección. Si me dan de alta, yo espero estar recluido en casa el día de la elección e incapacitado para poder desplazarme a los centros de votación.

(NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O DE LA LESIÓN FÍSICA)

(MES - DÍA - AÑO)

Por medio de la presente yo solicito una boleta oficial o boletas oficiales para ser votadas por mí en dicha elección y convengo en regresar la boleta o boletas a las autoridades que emitieron las mismas, con suficiente tiempo para que las autoridades electorales entreguen la boleta al debido centro de conteo autorizado.

Bajo las penalidades estipuladas por ley conforme a la 10 ILCS 5/29-10, el abajo firmante certifica que las declaraciones expuestas en esta certificación son verdaderas y correctas.

Yo solicito una boleta para: el Partido \_\_\_\_\_

(SOLO PARA LA ELECCIÓN PRIMARIA)

\_\_\_\_\_

(FIRMA DEL SOLICITANTE)

**NOTA:**

No se debe enviar por correo la Solicitud de la Boleta ni la Boleta.

**ENTREGAR SOLO PERSONALMENTE**

Vea abajo cuales son las declaraciones juradas apropiadas que deben acompañar a este formulario.

\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL SOLICITANTE - POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_

(FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE)

**DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO TRATANTE**

Yo declaro que soy un médico debidamente autorizado para ejercer en el Estado de \_\_\_\_\_; que yo examiné a \_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL SOLICITANTE)

un paciente/residente en \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL HOSPITAL, ASILO O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

\_\_\_\_\_

(DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, ASILO O CENTRO DE REHABILITACIÓN)

en la Ciudad/Pueblo de \_\_\_\_\_ y el Condado de \_\_\_\_\_ por:

\_\_\_\_\_

(NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O DE LA LESIÓN FÍSICA)

Yo, por lo tanto, creo que él/ella estará incapacitado para poder asistir a los centros de votación el \_\_\_\_\_.

(FECHA DE LA ELECCIÓN - MES/DÍA/AÑO)

\_\_\_\_\_

(MES - DÍA - AÑO)

\_\_\_\_\_

(FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE)

\_\_\_\_\_

(FECHA DE LA LICENCIA - MES/DÍA/AÑO)

**DECLARACIÓN JURADA DE ENTREGA PERSONAL DE LA BOLETA (Para el Elector Admitido)**

Yo, \_\_\_\_\_ solemnemente juro (o afirmo) que soy:

(NOMBRE DEL FAMILIAR O ELECTOR INSCRITO EN EL DISTRITO ELECTORAL)

- un familiar del elector admitido mencionado arriba
- un elector inscrito en el mismo distrito electoral del elector admitido

Yo además declaro que \_\_\_\_\_ quien fue admitido(a), ha solicitado que yo obtenga y le entregue a él/ella una boleta de voto ausente para ser votada por él/ella, entregada personalmente por mí. Yo además declaro que una vez que termine de votar, yo regresaré dicha boleta, bien cerrada herméticamente por el elector, a las Autoridades Electorales antes de las 7 p.m. el Día de la Elección.

(NOMBRE DEL SOLICITANTE)

**NOTA:**

La Declaración Jurada para Entrega Personal de la Boleta debe ser llenada y notariada en la oficina de la Autoridad Electoral.

\_\_\_\_\_  
(MONTH - DAY - YEAR)  
(MES - DÍA - AÑO)

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF RELATIVE OR REGISTERED VOTER OF PRECINCT)  
(FIRMA DEL FAMILIAR O ELECTOR INSCRITO EN EL DISTRITO ELECTORAL)

(NOTARY SEAL)  
(SELLO DEL NOTARIO)

Subscribed and sworn to (or affirmed) by  
Suscrito y juramentado (o afirmado) por

before me,  
ante mí,

on  
el \_\_\_\_\_  
(MONTH - DAY - YEAR)  
(MES - DÍA - AÑO)

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF NOTARY)  
(FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO)