



殘障人士郵寄投票計劃申請

為那些由於永久性身體殘障而沒有能力在選舉當日前往投票地點進行投票的人士提供。

本計劃可使得永久性殘障的選民在以後五年的每次選舉當中自動收到郵寄選票申請。選民必須在每次選舉之前填寫並返回該申請，以便收到郵寄選票。

! 本申請和宣誓書必須由您的醫生填寫，並在公證處宣誓作證。

書記官辦公室將處理本申請，並將為您寄送一份“殘障人士投票身份卡”，上面列出您的殘障人士投票身份識別編號。

我以接受（伊利諾州選舉法規）中第 29 章 10 節（偽證罪）中 有關懲罰為保證，確認本申請中的所有 陳述為真實和正確。由於我有永久性殘障而無法在將來的任何選舉當中親自前往投票地點 進行投票，因此我現在申請“殘障人士選民証”。

1. 請以正楷填寫申請人姓名，並填寫投票地址。

姓名	出生日期	SSN (最后4位數)
地址		
村/市	郵遞區號	
電話號碼	電子郵件地址	

2. 請以正楷填寫“殘障人士投票身份卡”的收件地址。

姓名		
地址		
村/市	州	郵遞區號

申請人簽名或印鑒

日期

Affidavit of Attending Physician

(由申請人的醫生填寫)

Under penalties pursuant to 29-10 (perjury) of the Illinois Election Code, I affirm that all of the statements on this application are true and correct. I am an attending physician and have examined the patient in the state where I am licensed to practice medicine. I believe he/she will be physically incapable of going to a polling place at any future election for the reason stated below.

1. Please print the following patient information.

name of patient
nature of disability

2. Please print the following patient information.

name of physician	date licensed
state licensed to practice in	
signature of physician	date

請將填寫完成的表格返還至：
Cook County Clerk's Office
Attn: Disability Program
69 W. Washington St., Room 500, Chicago, IL. 60602

For Office Use Only

Voter ID #

Township: _____ Precinct: _____ Ward: _____

! 如果您有任何疑問，請致電我們的殘疾計劃聯絡人，電話 312 603 0938.