



Condado de Santa Clara
Registro de Votantes

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCIÓN DEL VOTANTE

FOR OFFICE USE ONLY
Voter ID: _____
Date Received: _____
Action by: _____

Instrucciones para el Votante:

1. Usted debe estar registrado en el Condado de Santa Clara para usar este formulario.
2. Escriba con claridad en letra de molde.
3. **Si solicita cambio de nombre o de partido, debe volver a registrarse.**
4. Si solicita una acción para otro votante, proporcione la información de **éste** en el recuadro **INFORMACIÓN DEL VOTANTE**.

INFORMACIÓN DEL VOTANTE – <i>Debe proporcionarse toda la información para completar la solicitud.</i>	
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: __/__/____
Domicilio Registrado: _____	
Firma: _____	Fecha: _____

Boleta de Muestra & Folleto de Información para el Votante (Optar por Sí/No):

- Quiero usar la Boleta de Muestra y Folleto de Información para el Votante **en línea**. Ya no deseo recibirla por correo postal.
- Correo electrónico: _____
- Quiero mi boleta de muestra por **correo postal**. Anteriormente opté por no recibirla por correo postal.

Corrección o actualización del registro de votante

- Mi nombre está mal escrito. La forma correcta se encuentra en el recuadro **INFORMACIÓN DEL VOTANTE**. La manera en la que fue escrito incorrecto es: _____
- Me mudé a un **nuevo domicilio residencial** dentro del Condado de Santa Clara (dirección y ciudad):

- Mi residencia es la misma, pero mi correspondencia va a una dirección diferente. Mi dirección de CORRESPONDENCIA es:*

- Idioma de preferencia: Deseo mi material de votación en este idioma adicional (*Los votantes que seleccionen un idioma de preferencia recibirán material de votación en inglés y en su idioma de preferencia*):
 - Chino
 - Español
 - Tagalo
 - Vietnamita
- Deseo recibir la Guía de Información del Votante del Estado en el siguiente idioma:
 - Hindi
 - Japonés
 - Khmer
 - Coreano

Vote por Correo Permanente:

- Deseo ser un Votante de Voto por Correo Permanente.
- No deseo ser un Votante de Voto por Correo Permanente.

Cancelación del registro de votante:

- Por favor cancele **mi** registro. Motivo: _____
- El votante nombrado anteriormente ha fallecido. La información puede ser provista por la familia o persona que provee cuidados.
Nombre de la persona que informa el fallecimiento: _____ Teléfono: _____
Firma de la persona que informa el fallecimiento: _____

Para devolver al Registro de Votantes
Fax: 1-408-998-7314 **Escaneo/Correo Electrónico:** registrar@rov.sccgov.org
Correo Postal: Registrar of Voters, PO Box 611300, San José, CA 95161-1300