



Hardin County Elections Department

300 W. Monroe St, Suite B-110

P.O. Box 159, Kountze, Texas 77625

Complete completamente el formulario de registro en la siguiente página, imprímalo, fírmelo y envíelo por correo a la dirección que aparece a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina del registro de votantes al 409-209-5445.

Enviar a:

Registrador de votantes del condado de Hardin

CORREOS. Caja 159

Kountze, TX 77625

SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTES DE TEXAS

Prescribed by the Office of the Secretary of State
For Official Use Only

Instrucciones

- Favor de llenar cada sección con letra de molde legible.
- Si tiene preguntas sobre cómo rellenar este formulario, por favor comuníquese con su registrador de votantes local.
- Visite sos.texas.gov o votetexas.gov para información adicional sobre elecciones.
- This application is available in English. Please contact your local voter registrar to receive a copy in English.

Requisitos para votar

- Debe registrarse para votar en el condado en el que reside.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Tener al menos 17 años y 10 meses para registrarse, y 18 años de edad para el Día de las Elecciones.
- No debe haber sido finalmente condenado por un delito grave, o si es un delincuente, debe haber purgado la pena

por completo, incluyendo cualquier plazo de encarcelamiento, libertad condicional, supervisión, período de libertad condicional, o debe haber recibido un indulto.

- No debe haber sido determinado por un fallo final de un tribunal que ejerce la jurisdicción testamentaria de estar totalmente incapacitado mentalmente o parcialmente incapacitado mentalmente sin derecho a voto.

Elegibilidad

- 1 ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América?.... ☐ Sí ☐ No
- ¿Tendrá 18 años el Día de las Elecciones o antes?..... ☐ Sí ☐ No

Si marcó "No" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, no complete este formulario.

Marque la casilla que corresponda

- 2 ☐ Nueva solicitud ☐ Cambio de dirección, nombre u otra información
- ☐ Solicitar un certificado de reemplazo

Información del votante

Primer nombre Segundo nombre (si corresponde)

Apellido (incluya el sufijo: Jr., Sr., III)

3 Nombre anterior (si corresponde)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Dirección de residencia

No use P.O. Box, ruta rural o dirección de negocios

4 Número y calle (si no existen, describa dónde vive) Apt./Unidad

Ciudad TEXAS Código postal Condado

Dirección postal

Omita si es igual a la residencia

5 Número y calle Apt./Unidad

Ciudad Estado Código postal

Dirección de residencia anterior

Omita si es igual a la residencia

6 Número y calle (si no existen, describa dónde vivía) Apt./Unidad

Ciudad Estado Código postal Condado

Identificación

Proporcione uno de estos números

7 Número de licencia de conducir de Texas (TX DL) o tarjeta de identificación de Texas (TX ID) (expedida por el Departamento de Seguridad Pública de Texas):

No se me ha expedido un número de licencia de conducir de Texas (TX DL) ni un número de identificación de Texas (TX ID), y los últimos cuatro dígitos de mi número de Seguridad Social son:

XXX - XX -

☐ No tengo TX DL, TX ID o número de seguro social

Información opcional

8 Número de teléfono Estoy interesado en prestar servicio como trabajador electoral ☐ Sí ☐ No Género ☐ Masculino ☐ Femenino



Solicitante, firme aquí

- 9
- Entiendo que el dar información falsa para obtener una tarjeta de registro electoral constituye un delito de perjurio bajo las leyes estatales y federales. La condena por este delito puede resultar en encarcelamiento de hasta un año de cárcel, una multa de hasta \$4,000, o ambas cosas.
 - Soy residente de este condado y ciudadano de los Estados Unidos.
 - No he sido finalmente condenado por un delito grave, o si soy un delincuente, he purgado mi pena por completo, incluyendo cualquier plazo de encarcelamiento, libertad condicional, supervisión, período de libertad condicional, o he sido indultado.
 - No he sido determinado por un fallo final de un tribunal que ejerce la jurisdicción testamentaria que estoy totalmente incapacitado mentalmente o parcialmente incapacitado mentalmente sin derecho a voto.

Firma del solicitante o firma del agente y relación con el solicitante o nombre impreso del solicitante (si está firmado por un testigo)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

For Volunteer Deputy Registrar Use Only

Application must be delivered to local voter registrar no later than 5 days after receipt

Deputy Number Signature of Volunteer Deputy Registrar Date (mm/dd/yyyy)

REGISTRATION RECEIPT / RECIBO DE REGISTRO

Name of Applicant/Applicant's Agent (if applicable) / Nombre del Solicitante/Agente del Solicitante (si aplica) Receipt Number /No. de recibo

Name of Volunteer Deputy Registrar / Nombre del Registrador Adjunto Voluntario Deputy Number /No. del suplente

Signature of Volunteer Deputy Registrar / Firma del Registrador Adjunto Voluntario Date (mm/dd/yyyy) / Fecha (mm/dd/aaaa)

Usted recibirá su certificado de votante dentro de 30 días. Por favor, guarde este recibo hasta que usted reciba su certificado de votante del registrador de votantes local.