

आकस्मिक रोगी मेल मतपत्र आवेदन पत्र

उन मतदाताओं के लिए जिनको चुनाव के दिन से 14 दिन या उससे कम दिन पहले अस्पताल/नर्सिंग होम/पुनर्वास केंद्र में दाखिल किया गया है।

चुनाव: _____ चुनाव की तारीख: _____

इलिनोइस की चुनाव संहिता की धारा 29-10 (झूठी गवाही) के अनुसार दंड के तहत, मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी बयान सत्य और सही हैं। मैं मेल मतपत्र के लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ, जिसके लिए मैं इसे कुक काउंटी क्लर्क के कार्यालय में चुनाव के दिन चुनाव की समाप्ति से पहले लौटाने की व्यवस्था करूँगा/करूँगी। राजकीय कानून के तहत, इस समय के बाद प्राप्त होने वाले मतपत्रों की गणना नहीं की जाएगी। मैं उपरोक्त सूचीबद्ध चुनाव के दिन से पहले निम्नलिखित पते पर कम से कम 30 दिनों तक निवास कर चुका/चुकी हूँ (या कर चुका होऊँगा/चुकी होऊँगी)। मैं इस चुनाव में मतदान करने के लिए कानूनी रूप से पात्र हूँ।

1 कृपया आवेदनकर्ता का नाम और मतदान का पूरा पता प्रिंट करें।

नाम _____
 पता _____
 गाँव/शहर _____ ज़िप कोड _____ कस्बा _____
 क्षेत्र# _____ वार्ड# (केवल बेरविन और ईवेस्टन कस्बे) _____

2 मैं चुनाव के दिन से 14 दिन या उससे कम दिन पहले अस्पताल/नर्सिंग होम/पुनर्वास केंद्र में दाखिल किया गया था/गई थी और मुझे चुनाव के दिन या उससे पहले छुट्टी मिलने की आशा नहीं है।

बीमारी की प्रकृति _____
 दाखिल होने की तारीख _____
 अस्पताल/नर्सिंग होम/पुनर्वास केंद्र का नाम _____
 पता _____
 गाँव/शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____
 रोगी के हस्ताक्षर _____

3 उस पार्टी की जाँच करें जिसके लिए आप मेल मतपत्र का अनुरोध कर रहे हैं (केवल प्राथमिक चुनाव)।

डेमोक्रेटिक प्राथमिक रिपब्लिकन प्राथमिक _____ प्राथमिक (यदि लागू हो) गैर पक्षीय (यदि लागू हो)

इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाण-पत्र

इलिनोइस की चुनाव संहिता की धारा 29-10 (झूठी गवाही) के अनुसार दंड के तहत, मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी बयान सत्य और सही हैं। मैं इलाज करने वाला चिकित्सक हूँ और मैंने रोगी का उस राज्य में परीक्षण किया है जहाँ मुझे चिकित्सक का कार्य करने के लिए लाइसेंस प्राप्त है और मुझे आशा नहीं है कि रोगी चुनाव के दिन या उससे पहले अस्पताल से छुट्टी पा सकेगा।

1 कृपया रोगी की निम्नलिखित जानकारी प्रिंट करें।

रोगी का नाम _____
 बीमारी की प्रकृति _____
 दाखिल होने की तारीख _____ सुविधा का नाम _____
 पता _____
 गाँव/शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

2 कृपया चिकित्सक की निम्नलिखित जानकारी प्रिंट करें।

चिकित्सक का नाम _____
 वह राज्य जिसमें चिकित्सक का कार्य करने के लिए लाइसेंस प्राप्त है _____ लाइसेंस की तिथि _____
 चिकित्सक के हस्ताक्षर _____



इस फॉर्म को व्यक्तिगत रूप से कुक काउंटी क्लर्क के कार्यालय में पहुँचाया जाना चाहिए:

69 पश्चिमी वाशिंगटन स्ट्रीट, कक्ष 500, शिकागो, IL 60602. यदि आपका कोई प्रश्न हो तो कृपया (312)-603-0929 पर फोन करें।

अस्पताल/नर्सिंग होम/पुनर्वास केंद्र में दाखिल मतदाता को व्यक्तिगत रूप से मतपत्र दिए जाने के लिए शपथ-पत्र

आकस्मिक रोगी मेल मतपत्र आवेदन पत्र के लिए पूरक

चुनाव की तारीख: _____

इलिनोइस की चुनाव संहिता की धारा 29-10 (झूठी गवाही) के अनुसार दंड के तहत, मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी बयान सत्य और सही हैं। मैं अस्पताल/नर्सिंग होम/पुनर्वास केंद्र में दाखिल मतदाता का/की संबंधी हूँ या उसी क्षेत्र में पंजीकृत मतदाता हूँ और मुझसे उसके मतपत्र को चुनाव के दिन सायं 7 बजे चुनाव की समाप्ति से पहले कुक काउंटी के कार्यालय में वापस लौटाने के लिए कहा गया है। राजकीय कानून के तहत, इस समय के बाद प्राप्त होने वाले मतपत्रों की गणना नहीं की जाएगी।

मैं, _____ एतद्वारा शपथ लेता/लेती हूँ (या पुष्टि करता/करती हूँ) कि मैं हूँ एक (एक पर सही का निशान लगाएं):

कृपया नाम प्रिंट करें

आकस्मिक रोगी मेल मतपत्र आवेदन पत्र पर नामित दाखिल मतदाता के संबंधी का नाम

संबंध की प्रकृति प्रिंट करें

अथवा

आकस्मिक रोगी मेल मतपत्र आवेदन पत्र पर नामित दाखिल मतदाता के क्षेत्र में रहने वाले पंजीकृत मतदाता।

ने अनुरोध किया है कि मैं एक मेल मतपत्र प्राप्त कर उसको मतदान करने के लिए

दाखिल मतदाता का प्रिंट नाम

वितरित करें। मतपत्र डाले जाने के बाद, मैं सुरक्षित रूप से सीलबंद मतपत्र को कुक काउंटी क्लर्क के कार्यालय में चुनाव के दिन सायं 7 बजे से पहले लौटाऊंगा/लौटाऊँगी।

कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रिंट करें और जहाँ इंगित हो, हस्ताक्षर करें।

मतपत्र वितरित करने वाले व्यक्ति का नाम

पता

गाँव/शहर

ज़िप कोड

कस्बा

हस्ताक्षर

इस फॉर्म के साथ आकस्मिक रोगी मेल मतपत्र आवेदन पत्र अवश्य होना चाहिए।

! इसको व्यक्तिगत रूप से कुक काउंटी क्लर्क के कार्यालय में पहुँचाया जाना चाहिए:

69 पश्चिमी वाशिंगटन स्ट्रीट, कक्ष 500, शिकागो, IL 60602.

यदि आपका कोई प्रश्न हो तो कृपया Ruth Williams को 312 603 0929 पर फोन करें।