



# 긴급 환자용 우편 투표용지 신청서

선거일 전 14일 이내에 병원/요양원/재활 센터에 입원한 유권자용.

선거: \_\_\_\_\_

선거일: \_\_\_\_\_

일리노이주 선거법 섹션 29-10 (위증죄)에 따라 본인은 이 신청서의 모든 내용이 진실하고 올바른 것을 맹세합니다. 본인은 우편 투표 용지를 신청하는데, 본인이 이를 선거일의 선거 마감 전에 쿡 카운티 서기관 사무실에 반환할 수 있도록 준비하겠습니다. 주 법에 따라 이 시간 이후에 접수된 투표용지는 무효로 처리됩니다. 본인은 위에 수록된 주소에서 선거일 전까지 적어도 30일 동안 거주합니다. (또는 거주 예정입니다) 본인은 이 선거에 합법적으로 참여할 권한이 있습니다.

## 1 신청자 이름과 주소를 정자로 기재하십시오.

이름

주소

시 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

## 2 본인은 선거일 전 14일 이내에 병원/요양원/재활 센터에 입원하였으며 선거일 당일 또는 그전에는 퇴원하지 않을 예정입니다.

질병의 본질

입원 날짜

병원/요양원/재활 센터 이름

주소

시 \_\_\_\_\_ 상태 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

환자 서명

## 3 귀하가 우편 투표를 요청하는 정당에 표시하십시오. (예비 선거만 해당)

민주당     공화당     \_\_\_\_\_ (해당하면)     무소속(해당하면)

## 담당 의사 확인서

일리노이주 선거법 섹션 29-10 (위증죄)에 따라 본인은 이 신청서의 모든 내용이 진실하고 올바른 것을 맹세합니다. 본인은 환자의 담당 의사로서 본인이 의료 면허를 받은 주에서 환자를 진찰하였으며, 이 환자는 선거일 당일 또는 그 이전에 병원에서 퇴원하지 않을 것입니다.

## 1 환자의 다음 정보를 정자로 기재하십시오.

환자 이름

질병의 본질

입원 날짜 \_\_\_\_\_ 시설 이름 \_\_\_\_\_

주소

시 \_\_\_\_\_ 상태 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

## 2 의사의 다음 정보를 정자로 기재하십시오.

의사 이름

의료 면허를 받은 주 \_\_\_\_\_ 면허일 \_\_\_\_\_

의사 서명

**!** 이 양식은 반드시 다음 주소의 쿡 카운티 서기관 사무실로 배달되어야 합니다: 69 W. Washington St., Room 500, Chicago, IL 60602. 질문이 있으면(312) 603-0929로 전화하십시오.

For Office Use Only  
Voter ID # [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Township: \_\_\_\_\_ Precinct: \_\_\_\_\_ Ward: \_\_\_\_\_