



# विकलांगतामेल मतदाता कार्यक्रम के लिए आवेदन पत्र

उन मतदाताओं के लिये जो किसी स्थायी शारीरिक विकलांगता की वजह से चुनाव के दिन पर किसी मतदान स्थल पर मतदान करने में असमर्थ हैं।

यह कार्यक्रम स्थायी रूप से विकलांग मतदाताओं को अगले पांच वर्षों के लिए हर चुनाव हेतु स्वचालित रूप एक अनुपस्थिति मतपत्र आवेदन प्राप्त करने के लिए अनुमति देता है। मतदाताओं को आवेदन पत्र को पूरा करके हर चुनाव से पहले वापस कर देना चाहिये ताकि उनको एक मेल मतपत्र प्राप्त हो सके।

## ! इस आवेदन पत्र और शपथ पत्र को आपके चिकित्सक द्वारा पूरा किया जाना चाहिए।

क्लर्क का कार्यालय इस आवेदन पत्र को संसाधित करेगा और आपको एक विकलांगता मतदाता पहचान कार्ड डाक से भेजेगा जिसमें आपकी विकलांगता मतदाता पहचान संख्या सूचीबद्ध होगी।

इलिनोइस चुनाव संहिता की धारा 29-10 (झूठी गवाही) के अनुसार दंड के तहत, मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि आवेदन पत्र में सभी बयान सत्य और सही हैं। मैं एक विकलांगता मतदाता पहचान कार्ड के लिए आवेदन कर रहा/रही हूँ क्योंकि मुझे एक स्थायी विकलांगता है जो मेरे लिये यह असंभव बनाती है कि मैं भविष्य के किसी भी चुनाव के लिए मतदान स्थल पर व्यक्तिगत रूप में मतदान करने में सक्षम हो सकूँ।

### 1. कृपया आवेदक का नाम और पूरा मतदान पता प्रिंट करें।

नाम	जन्म तारीख	SSN (आखरी 4 अंक)
पता		
गाँव/शहर	जिप कोड	
फोन संख्या	ईमेल पता	

### 2. कृपया उस पते को प्रिंट करें जहाँ विकलांगता मतदाता पहचान कार्ड डाक से भेजा जाना है।

नाम		
पता		
गाँव/शहर	राज्य	जिप कोड

आवेदक के हस्ताक्षर या निशान

दिनांक

## Affidavit of Attending Physician

(आवेदक के चिकित्सक द्वारा पूरा किया जाना है)

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

इस पूरा किये गये फॉर्म को यहाँ लौटाएँ:  
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: \_\_\_\_\_

## ! यदि आपका कोई प्रश्न हो तो कृपया 312 603 0938 पर फोन करें।