

Statewide Vote-By-Mail Ballot Request Form

(s. 101.62, F.S.)

To request a vote-by-mail ballot for yourself, complete only the top section.
To request a vote-by-mail ballot for someone who directly instructed you to do so, complete both sections.

Voter's Name: _____ **Voter's Date of Birth:** ____ / ____ / ____

Voter's Florida driver license (FL DL) or Florida identification (FL ID) card number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

If no FL
DL or FL
ID, then
provide

last 4 digits of Social Security Number:

--	--	--	--

Voter's Home Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip code:** _____

**Voter's mailing
address for ballot:**

(only if different than
home address)

City: _____

State: _____ **Zip code:** _____ **Country, if outside US:** _____

Please update my ☐ **residential address** and/or my ☐ **mailing address** in my voter record with the information listed above.

Phone number (optional): _____ Email address (optional): _____

This request is good for all elections through the end of the calendar year of the next general election. If you only want a ballot for specific elections, list them here: _____

Voter's Signature: _____ **Date:** ____ / ____ / ____
(not required if voter is an absent uniformed services voter or overseas voter, or if request is made by a designee)

You must also complete the section below if you are requesting a Vote-by-Mail Ballot for someone else.

Designee's Name: _____

Designee's Home Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip code:** _____

Designee's driver license or identification card number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

If no
DL or
ID, then
provide

last 4 digits of Social Security Number:

--	--	--	--

Phone number (optional): _____ Email address (optional): _____

Designee's relationship to the voter:

☐ Spouse
☐ Parent
☐ Child

☐ Grandparent
☐ Grandchild
☐ Sibling

☐ Parent of voter's spouse
☐ Child of voter's spouse
☐ Grandparent of voter's spouse
☐ Grandchild of voter's spouse

☐ Sibling of voter's spouse
☐ Voter's legal guardian
☐ Designee for a voter with a disability

Designee's Signature: _____ **Date:** ____ / ____ / ____
The voter directly instructed me to make this request for them.

Formulario estatal para solicitar una boleta de voto por correo

(s. 101.62, F.S.)

Para solicitar una boleta de voto por correo, debe completar sólo la sección superior.
Para solicitar una boleta de voto por correo para alguien que directamente le indicó que lo hiciera, llene ambas secciones.

Nombre del votante:

Fecha de nacimiento del votante: / /

Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación de la Florida (FL DL o FL ID) del votante:

Si no tiene FL DL o FL ID, proporcione los últimos 4 dígitos del número de su seguro social:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Domicilio del votante:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal
del votante para
recibir boletas:
(solo si difiere del
domicilio)

Estado:

Código postal:

País, si se encuentra fuera de Estados Unidos:

Ciudad:

Actualice mi **dirección residencial** y/o mi **dirección postal** en mi registro de votante con la información mencionada anteriormente.

Número de teléfono (opcional):

Correo electrónico (opcional):

Esta solicitud es válida para todas las elecciones que se realicen hasta el final del año calendario de la proxima elección general. Si solo desea una boleta para elecciones específicas, enumérelas aquí:

Firma del votante: _____

Fecha: / /

(no es obligatorio si el votante es un votante ausente de los servicios uniformados o un votante en el extranjero, o si la solicitud la realiza una persona designada)

También debe completar la siguiente sección si solicita una boleta de voto por correo para otra persona.

Nombre del designado:

Domicilio del designado:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación (DL o ID) del designado:

Si no tiene DL o ID, proporcione los últimos 4 dígitos del número de su seguro social:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Número de teléfono (opcional):

Correo electrónico (opcional):

Relación de la persona designada con el votante:

☐ Cónyuge

☐ Abuelo

☐ Padre del cónyuge del votante

☐ Hijo del cónyuge del votante

☐ Hermano del cónyuge del votante

☐ Tutor legal del votante

☐ Padre

☐ Nieto

☐ Abuelo del cónyuge del votante

☐ Nieto del cónyuge del votante

☐ Designado para un votante con discapacidad

☐ Hijo

☐ Hermano

Firma del designado: _____

Fecha: / /

El votante me indicó directamente que le hiciera esta solicitud.