



Vote-by-Mail Request Form

Osceola County Supervisor of Elections • Mary Jane Arrington

This request is to receive a Vote-by-Mail ballot for all elections through the end of the calendar year of the next regularly scheduled General Election. • Esta solicitud es para recibir papeletas de voto por correo para todas las elecciones hasta el final del año calendario de la próximas Elecciones Generales programadas.

1 Voter Information • Información del Elector:

Name • Nombre: _____ Date of Birth • Fecha de Nacimiento: _____

Florida Driver License, Florida Identification number or last 4 digits of Social Security Number
Núm. de licencia de conducir de FL, tarjeta de identificación de FL o los últimos 4 dígitos del Seguro Social

Permanent Residential Address • Dirección Residencial Permanente _____ City/State • Ciudad/Estado _____ Zip • Código Postal _____

Address the ballot will be mailed to if different from above
Dirección a donde se enviará la papeleta si es diferente a la de arriba _____ City/State • Ciudad/Estado _____ Zip • Código Postal _____

E-mail address • Dirección de correo electrónico _____ Telephone • Número de teléfono _____

Check if applicable: Civilian Overseas • Un civil en el extranjero Military • Un Militar Military Dependent • Dependiente de un Militar
Marque si usted es:

Voter Signature • Firma del Elector _____ Date • Fecha _____

2 Requester's Information • Información del Solicitante

Section 1 should always be filled out. Fill out Section 2 **only** if you are requesting a ballot for another voter. You must be a member of the voter's immediate family or the voter's legal guardian. • La sección 1 siempre deber ser completada . **Solo** llene la sección 2 si usted esta solicitando una papeleta para otro elector. Usted debe ser un miembro de la familia inmediata del elector o el guardián legal del elector.

Name • Nombre: _____ Relationship • Relación _____

Florida Driver License, Florida Identification number or last 4 digits of Social Security Number
Núm. de licencia de conducir de FL, tarjeta de identificación de FL o los últimos 4 dígitos del Seguro Social

Permanent Residential Address • Dirección Residencial Permanente _____ City/State • Ciudad/Estado _____ Zip • Código Postal _____

E-mail address • Dirección de correo electrónico _____ Telephone • Número de teléfono _____

Requester's Signature • Firma del Solicitante _____ Date • Fecha _____