

Declaración de Asistencia

Form
AV5

Nota: Esta forma debe de ser llenada por la persona que este asistiendo (ayudando) a un votante enfermo, incapacitado físicamente o analfabeta en el llenado de una boleta de votación previa. Cualquier persona que con cocociemto de causa e intencionalmente se abstenga de firmar y enviar la declaración de ésta forma o bien que efectúe influencia indebida en la desición de voto del votante, sera declarado culpable de un delito de tipo no personal con un nivel 9 de severidad. K.S.A. 25-1124(e)

Persona que provee la asistencia:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Edo./C.P. _____

Información del Votante Previo:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Edo./C.P. _____

Formalmente declaro, bajo pena de perjurio que he rendido asistencia en el marcado y/o envio de la boleta adjunta perteneciente al votante arriba declarado. Así como declaro que no ejercí influencia indebida y que he marcado la boleta de acuerdo a las instrucciones del votante enfermo, incapacitado físicamente o analfabeta para el cual la boleta fue expedida.

Firma **X** _____

Para uso oficial:

Fecha Declaración recibida _____