



OFICINA DEL
**TASADOR-SECRETARIO-
REGISTRADOR Y ELECCIONES**
CONDADO DE SAN MATEO

MARK CHURCH
JEFE FUNCIONARIO DE ELECCIONES Y
TASADOR-SECRETARIO-REGISTRADOR DEL CONDADO

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE FIRMA PARA LA ELECCIÓN ESPECIAL DE DESTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE MILLBRAE DEL 23 DE JULIO DE 2024

Por favor, lea detenidamente estas instrucciones antes de llenar la declaración. El incumplimiento de estas instrucciones podría hacer que su boleta electoral de Votación por Correo (VBM) no sea contada.

1. Debe firmar esta declaración en la casilla de abajo. **Su firma en la Declaración de Verificación de Firma debe coincidir con su registro del votante.**
2. Puede devolver esta declaración en cualquier Buzón de Entrega de Boleta Electoral a más tardar las 8:00 p.m. del 23 de julio de 2024. También puede ser devuelta por correo o en persona en 40 Tower Road, San Mateo, CA 94402.
3. Si no desea enviar esta declaración por correo o entregarla en persona, puede enviarla por correo electrónico a registrar@smcacre.gov o por fax al 650.312.5348.
4. Por favor, devuelva esta declaración a más tardar **a las 5:00 p.m. del 20 de agosto de 2024.**

ID DEL VOTANTE:

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ

Yo, _____, soy un votante inscrito en el Condado de San Mateo, Estado de California. Declaro bajo pena de perjurio que solicité y devolví una boleta electoral de Votación por Correo (VBM). Soy un residente del recinto en el que he votado y soy la persona cuyo nombre aparece en el sobre de la boleta electoral de Votación por Correo. Entiendo que si cometo o trato de cometer algún fraude relacionado con la votación, o que si ayudo o incito a otra persona en algún fraude o trato de ayudar o incitar a otra persona en un fraude relacionado con la votación, podría ser condenado por un delito mayor bajo pena de cárcel por 16 meses o dos o tres años. Entiendo que el no firmar esta declaración significa que mi boleta electoral de Votación por Correo (VBM) será invalidada.

FIRMA DEL VOTANTE

FIRMA X	FECHA
DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE Y N° DE APT. O SUITE)	
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL	

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, puede comunicarse con nuestra oficina al 650.312.5222 o a registrar@smcacre.gov.