



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 SOBRE NO FIRMADO PARA LA  
 ELECCIÓN ESPECIAL DE DESTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE MILLBRAE DEL 23 DE JULIO DE 2024**

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE Y N° DE APTO. O SUITE)	CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL
---	--------------------------------

**Lea las instrucciones antes de completar la declaración. El incumplimiento de estas instrucciones puede causar que su boleta electoral no cuente.**

**Debe firmar esta declaración en la casilla de abajo. Su firma en la Declaración de Sobre No Firmado debe coincidir con su registro del votante.**

**Puede devolver esta declaración en cualquier Buzón de Entrega de Boleta Electoral a más tardar a las 8:00 p.m. del 23 de julio de 2024. Esta declaración también puede ser devuelta por fax (650.312.5348), correo electrónico (registrar@smcacre.gov) o en persona en 40 Tower Road, San Mateo, CA 94402 hasta 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) y que no he votado ni votaré más de una vez en esta Elección. Soy residente del recinto en el que he votado y soy la persona cuyo nombre aparece en el sobre de boleta electoral de Votación por Correo. Entiendo que si cometo o pretendo cometer algún fraude relacionado con la votación, o 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 o "Marca del Solicitante" de la mano del votante – No Use Letra de Imprenta – NO se acepta Carta Poder)*

FIRMA <b>X</b>	FECHA
-------------------	-------

**FIRMA DEL TESTIGO SI EL VOTANTE ESTÁ UTILIZANDO UNA "MARCA" PARA LA FIRMA DE ARRIBA**

FIRMA <b>X</b>	FECHA
-------------------	-------

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