

DO NOT REMOVE PERFORATED TABS. Moisten here and fold bottom to top to seal.

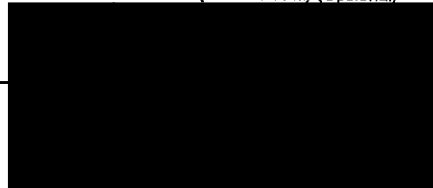
DO NOT REMOVE PERFORATED TABS. Moisten here and fold bottom to top to seal.

<b>Application for Ballot by Mail</b>		Prescribed by the Office of the Secretary of State of Texas AS-15e 08/15	For Official Use Only VUID #, County Election Precinct #, Statement of Residence, etc. <b>104.01 1039431516</b>
1	Last Name (Please print information) <b>Keyes</b>	Suffix (Jr., Sr., III, etc)	First Name <b>Alta</b>
2	Residence Address: See back of this application for instructions. <b>1002 Kansas</b>	City <b>Robstown</b>	State <b>TX</b>
3	Mail my ballot to: If mailing address differs from residence address, please complete Box # 7.	City	State Zip Code
4	Date of Birth (mm/dd/yyyy) (Optional)	<h1>Handwriting Sample</h1>	
5	<input type="checkbox"/> Expected absence from the county. (Complete Box #6b and Box #8) You will receive a ballot for the upcoming election only. <input type="checkbox"/> Confinement in jail. (Complete Box #8b) You will receive a ballot for the upcoming election only.		
6a	<b>ONLY Voters 65 Years of Age or Older or Voters with a Disability:</b> If applying for one election, select appropriate box. If applying once for elections in the calendar year, select "Annual Application." <input checked="" type="checkbox"/> Annual Application <b>Uniform and Other Elections:</b> <input type="checkbox"/> May Election <input checked="" type="checkbox"/> November Election <input type="checkbox"/> Other _____ <input checked="" type="checkbox"/> Any Resulting Runoff <b>Primary Elections:</b> You must declare one political party to vote in a primary: <input checked="" type="checkbox"/> Democratic Primary <input type="checkbox"/> Republican Primary	<b>7</b> If you are requesting this ballot be mailed to a different address (other than residence), indicate where the ballot will be mailed. See reverse for instructions. <input type="checkbox"/> Mailing Address as listed on my voter registration certificate <input type="checkbox"/> Nursing home, assisted living facility, or long term care facility <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Retirement Center <input type="checkbox"/> Address of the Jail <input type="checkbox"/> Relative; relationship _____ <input type="checkbox"/> Address outside the county (see Box #8)	<b>8</b> If you selected "expected absence from the county," see reverse for instructions <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> </div> <p>Date you can begin to receive mail at this address      Date of return to residence address</p>
6b	<b>ONLY Voters Absent from County or Voters Confined In Jail:</b> You may only apply for a ballot by mail for one election, and any resulting runoff. Please select the appropriate box. <b>Uniform and Other Elections:</b> <input type="checkbox"/> May Election <input type="checkbox"/> November Election <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Any Resulting Runoff <b>Primary Elections:</b> You must declare one political party to vote in a primary: <input type="checkbox"/> Democratic Primary <input type="checkbox"/> Republican Primary	<b>9</b> Contact information (Optional)* Please list phone number and/or email address: * Used in case our office has questions. Notice to Voter: Effective September 1, 2015, you may submit a completed, signed and scanned application to the early voting clerk at _____ (early voting clerk's e-mail address)	<b>10</b> "I certify that the information given in this application is true, and I understand that giving false information in this application is a crime." <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>→ <b>X</b> <i>Alta Keyes</i></p> <p><b>RECEIVED</b></p> <p>Date <b>OCT 11 2017</b></p> <p><b>KARA SANDS</b> CLERK OF THE COUNTY COURT NUECES COUNTY TEXAS</p> </div> <p><b>SIGN HERE</b> If applicant is unable to sign or make a mark in the presence of a witness, the witness shall complete Box #11.</p>
If someone helped you to complete this form or mails the form for you, then that person must complete the sections below.			
11	<b>See back for Witness and Assistant definitions.</b> If applicant is unable to mark Box #10 and you are acting as a Witness to that fact, please check this box and sign below. <input type="checkbox"/> If you assisted the applicant in completing this application in the applicant's presence or e-mailed/mailed or faxed the application on behalf of the applicant, please check this box as an Assistant and sign below. <input checked="" type="checkbox"/> * If you are acting as Witness and Assistant, please check both boxes. Failure to complete this information is a Class A misdemeanor if signature was witnessed or applicant was assisted in completing the application.	Signature of Witness/Assistant <i>x [Signature]</i> Street Address <b>313 Tetama Drive</b> Apt Number (if applicable) State <b>TX</b>	Printed Name of Witness/Assistant <b>Mandy Barwick</b> City <b>Robstown</b> Zip <b>78380</b>

Este formulario está disponible en Español. Para conseguir la versión en Español favor de llamar sin cargo al 1.800.252.8683 a la oficina del Secretario de Estado o la Secretaría de Votación por Adelantado.

Apellido (Escriba con Letra de Molde) <b>Gonzales</b>		Sufijo (Jr., Sr., III, etc)	Primer nombre <b>Rinaldin</b>	Inicial de segundo nombre
Domicilio residencial - Vea la parte de atrás de esta solicitud para Instrucciones. <b>104 W Castrum</b>		Ciudad <b>Robstown</b>	Estado <b>TX</b>	Código postal <b>78380</b>
Enviar mi boleta a: Si la dirección postal es diferente de la de su domicilio residencial, favor de completar el Cuadro # 7.		Ciudad	Estado	Código postal

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) (Opcional)



Si pide que se envíe su boleta a otra dirección (distinta a la de su residencia), indique adónde hay que enviarla. Vea el reverso para Instrucciones.

- La dirección postal que aparece en mi certificado de inscripción electoral
- Dirección de la cárcel
- Asilo de ancianos o centro de cuidado de largo plazo
- Parente; Indique el parentesco \_\_\_\_\_
- Hospital
- Dirección fuera del condado (vea el Cuadro #8)
- Centro de jubilados

- Expectativa de estar fuera del condado. (Completar Cuadro #6b y Cuadro #8)  
Usted recibirá una boleta solo para la próxima elección
- Encarcelamiento. (Completar Cuadro #8b)  
Usted recibirá una boleta solo para la próxima elección

SÓLO los Votantes de 65 años de Edad o Mayores o los Votantes con Minusvalidez:  
Si solicita una elección, seleccione la casilla apropiada. Si usted está solicitando para todas las elecciones en el año calendario, seleccione "Aplicación Anual."

Aplicación Anual

- Uniforme y otra Elecciones:
- Elección en mayo
  - Elección en noviembre
  - Otra \_\_\_\_\_
- Cualquier elección de desempate
- Elecciones Primaria:  
Deberá declarar un solo partido político para votar en una elección primaria:
- Demócrata
  - Republicano

Si escogió "Expectativa de estar fuera del condado" vea la parte de atrás para instrucciones.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fecha en que podrá recibir su correspondencia en la dirección. Fecha que regresará a su dirección residencial

Información de contacto (Opcional)\*  
Favor de dar su número telefónico o correo electrónico:  
\* Utilizado en caso de que la oficina tenga preguntas.

Aviso al votante: A partir del 1º de septiembre, 2015 usted puede entregar una solicitud completada, firmada, y escaneada al (a) secretario (a) de votación adelantada al

(correo electrónico del (a) secretario(a) de votación adelantada)

SÓLO los Votantes Ausente del Condado o Votantes Encarcelados:  
Usted solo puede solicitar una boleta por correo para una elección, y cualquier votación secundaria resultante. Por favor, seleccione la casilla correspondiente.

- Uniforme y otra Elecciones:
- Elección en mayo
  - Elección en noviembre
  - Otra \_\_\_\_\_
- Cualquier elección de desempate
- Elecciones Primaria:  
Deberá declarar un solo partido político para votar en una elección primaria:
- Demócrata
  - Republicano

"Certifico que la información que se proporciona en esta solicitud es cierta y entiendo que es delito dar información falsa."

**X Rinaldin Gonzalez** RECETV 10-17  
Fecha

FIRME AQUÍ  
Si el solicitante no puede firmar o hacer una marca en la presencia de un testigo, el testigo deberá completar Cuadros #11.

OCT 09 2017

KARA SANDS  
COUNTY COURT

Véase al dorso para definiciones de Testigo y Asistente.

Si el solicitante no puede marcar Cuadro #10 y actúa como Testigo, favor de marcar este cuadro y firme abajo.

Si usted le ayudó al solicitante llenar esta aplicación en presencia del solicitante o si envió esta solicitud por correo postal, correo electrónico, o por fax en nombre del solicitante, favor de marcar este cuadro como Asistente y de firmar abajo.

\* Si usted actúa como Testigo y Asistente, por favor marque ambas casillas. El omitir esta información es un delito menor Clase A si acaso la firma se atestiguó o si el solicitante recibió ayuda para llenar esta solicitud.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo/Asistente.

**X** \_\_\_\_\_  
Nombre completo del Testigo/Asistente en letra de molde.

\_\_\_\_\_  
Dirección Número de apartamento (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Parentesco entre el/la Solicitante y su Testigo  
(Vea las Instrucciones atrás para una aclaración)

\_\_\_\_\_

**Instructions to Voter:** Seal this envelope, and then sign your name in space below. This envelope must be sealed by the voter before it leaves the voter's hands. Do not place more than one carrier envelope in this envelope. This carrier envelope may be placed together in another envelope and returned by mail, by common or contract carrier, or in person by the voter on election day at the early voting clerk's office. However, more than one carrier envelope may be placed together in another envelope and returned by mail, by common or contract carrier, or in person by the voter on election day at the early voting clerk's office. (Instrucciones al Votante: Selle este sobre, y después firme su nombre en el espacio proporcionado abajo. Este sobre debe de ser sellado por el votante antes de que el votante lo entregue. No firme este sobre a menos de que la boleta haya sido llenada por usted, o bajo su dirección. Este sobre oficial no debe ser utilizado para entregar la boleta de más de un solo votante. Sin embargo, más de un solo sobre oficial puede ser colocado dentro de otro sobre si el sobre(s) oficial adicional le pertenece a un votante registrado para votar bajo la misma dirección. Este sobre oficial debe ser enviado por correo, por medio de un transportista público o comercial, o ser entregado en persona por el votante el día de la elección, en la oficina del secretario de votación temprana.)

I certify that the enclosed ballot expresses my wishes independent of any dictation or undue persuasion by any person. (Certifico que la boleta adjunta expresa mis deseos independientemente de ningún dictado o persuasión indebida por parte de cualquier persona.)

**SEAL ENVELOPE AND SIGN OVER SEALED FLAP (SELLE EL SOBRE Y FIRME ENCIMA DE SOLAPA DEL SOBRE)**

X H. M. ...  
SIGNATURE OR MARK OF VOTER (FIRMA O MARCA DEL VOTANTE)

**Instructions to Assistant:** A voter may only be assisted with reading or marking the ballot if they have a physical disability that renders them unable to write or see, or have an inability to read the language in which the ballot is written. If you are assisting the voter, you must read the oath and complete the section below, before assisting the voter. (Instrucciones al Asistente: Un votante puede recibir ayuda para leer o llenar la boleta solamente si el votante tiene una discapacidad física la cual le impide escribir o ver, o si no tiene la habilidad de leer el lenguaje en el cual la boleta está escrita. Si usted le proporcionará ayuda a un votante, usted debe leer el juramento y llenar la siguiente sección abajo, antes de asistir al votante.)

**Oath of Person Assisting Voter:** I swear (or affirm) that I will not suggest, by word, sign, or gesture, how the voter should vote; I will confine my assistance to answering the voter's questions, to stating propositions on the ballot and to naming candidates and, if listed, their political parties; I will prepare the voter's ballot as the voter directs; and I am not the voter's employer, an agent of the voter's employer, or an officer or agent of a labor union to which the voter belongs. (Juramento de la Persona Asistiendo al Votante: Juro (o afirmo) que no sugeriré con palabras, señales, o gestos, la manera en la cual el votante debe votar; limitare mi asistencia a responder las preguntas del votante, leer propuestas en la boleta, nombrar a los candidatos, y si es mencionado, su partido político; prepararé la boleta del votante de acuerdo a sus instrucciones; y yo no soy el empleador del votante, un agente del empleador del votante, o un oficial o agente de un sindicato al cual el votante pertenece.)

**Instructions to Witness:** You are serving as a witness for \_\_\_\_\_ (name of voter). You must complete the section below if you witness the mark of the voter, or if the voter cannot make a mark. If the voter cannot make a mark, check here \_\_\_\_\_ (Instrucciones al Testigo: Usted está fungiendo como testigo para \_\_\_\_\_ (nombre del votante). Usted debe llenar la siguiente sección abajo si usted fue testigo de que el votante firmo, o de que el votante no puede firmar. Si el votante no puede firmar, marque sus iniciales aquí \_\_\_\_\_)

**Instructions to Person Depositing Carrier Envelope in Mail or to Common or Contract Carrier:** If you are assisting a voter by depositing the carrier envelope in the mail or with a common or contract carrier, you must complete the section below. (Instrucciones a la Persona Quien Deposite el Sobre Oficial en el Correo o Entregue al Transportista Público o Comercial: Si usted asistirá al votante a depositar el sobre oficial en el correo o con un transportista público o comercial, usted debe llenar la sección que aparece abajo.)

If you are an assistant or witness, check the appropriate box below and provide information: (Si usted es un asistente o testigo, marque la casilla correcta y proporcione su información):

<input type="checkbox"/> Assistant/ Asistente	Signature (Firma)	Printed Name (Nombre impreso)	Street Address (Domicilio residencial)
<input type="checkbox"/> Witness/ Testigo	Signature (Firma)	Printed Name (Nombre impreso)	Street Address (Domicilio residencial)

Completed by Early Voting Clerk: **Name of Election (Nombre de Elección):** \_\_\_\_\_

**Name of Voter (Nombre del votante):** \_\_\_\_\_

**Date of Election (Fecha de Elección):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_