

# VOTE-BY-MAIL BALLOT CURE AFFIDAVIT – INSTRUCTIONS AND FORM

This affidavit is for a voter who returns a vote-by-mail ballot certificate that does not include the voter's signature or whose signature does not match the voter's signature on file.

## A. Instructions – READ THESE INSTRUCTIONS CAREFULLY BEFORE COMPLETING THE AFFIDAVIT. FAILURE TO FOLLOW THESE INSTRUCTIONS MAY CAUSE YOUR BALLOT NOT TO COUNT.

In order to ensure that your vote-by-mail ballot will be counted, your affidavit should be completed and returned as soon as possible so that it can reach the Supervisor of Elections of the county in which your precinct is located no later than 5 p.m. on the second day after the election. You must:

Complete and sign the affidavit below - sign on the line above "(Voter's Signature)"

Make a copy of one of the following forms of identification (ID):

**Tier 1 identification** – Current and valid ID that includes your name and photograph: Florida driver license; Florida identification card issued by the Department of Highway Safety and Motor Vehicles; United States passport; debit or credit card; military, student, retirement center, neighborhood association, or public assistance ID; veteran health ID card issued by the U.S. Department of Veterans Affairs; Florida license to carry a concealed weapon or firearm; or employee ID card issued by any branch, department, agency, or entity of the Federal Government, the state, a county, or a municipality.

**OR if you do not have one of the above forms of ID, use one of these instead:**

**Tier 2 identification** - ID that shows your name and current residence address: current utility bill; bank statement; government check; paycheck; or government document (excluding voter information card).

Return the completed affidavit and the copy of your ID to your county Supervisor of Elections:

- ♦ Deliver in person or by someone else; or
- ♦ Fax or email (attach the completed affidavit and copy of the ID), or
- ♦ Mail, if time permits (insert the completed affidavit and copy of the ID into a mailing envelope and address to the Supervisor of Elections; be sure there is sufficient postage and the Supervisor's address is correct)

**Mailing Address:**  
**Supervisor of Elections**  
**4455 Avenue A #101**  
**St. Augustine, FL 32095**

**FAX Number: (904) 823-2249**

**E-Mail Address: ballotcure@votesjc.com**

Remember, your information MUST reach your county Supervisor of Elections no later than 5 PM on the second day after the election, or your ballot will not count.

## B. Form

### VOTE-BY-MAIL BALLOT CURE AFFIDAVIT

I, \_\_\_\_\_, am a qualified voter in this election and registered  
(Print voter's name)

voter of \_\_\_\_\_ County, Florida. I do solemnly swear or affirm that I requested and returned  
(Print county name)

the vote-by-mail ballot and that I have not and will not vote more than one ballot in this election. I understand that if I commit or attempt any fraud in connection with voting, vote a fraudulent ballot, or vote more than once in an election, I may be convicted of a felony of the third degree and fined up to \$5,000 and imprisoned for up to 5 years. I understand that my failure to sign this affidavit means that my vote-by-mail ballot will be invalidated.

\_\_\_\_\_  
(Voter's Signature)

**I am including a copy of my ID as required above.**

**Check this box** →

\_\_\_\_\_  
(Voter's Address)

## DECLARACIÓN JURADA PARA RECTIFICACIÓN DE VOTO POR CORREO INSTRUCCIONES Y FORMULARIO

La presente declaración jurada está destinada a un votante que envíe una boleta de voto por correo que no incluya la firma del votante o cuya firma no coincida con la firma registrada del votante.

**A. Instrucciones. LEA LAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN ANTES DE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS INSTRUCCIONES PODRÍA HACER QUE SU BOLETA DE VOTACIÓN SE CONSIDERE INVÁLIDA.** Con el fin de asegurar que su boleta de votación por correo sea contada, debe rellenar y enviar su declaración jurada lo antes posible para que así pueda llegar al supervisor de elecciones del condado donde se ubica su distrito electoral a más tardar a las 5:00 p.m. del segundo día posterior a la elección. Usted debe:

- Completar y firmar la declaración jurada de abajo - firme en la línea sobre “(firma del votante)”**
- Hacer una copia de una de las siguientes formas de identificación (ID):**

**Identificación de nivel 1** - Identificación actual y válida que incluya su nombre y fotografía: licencia de conducir de Florida; tarjeta de identificación de Florida expedida por el Departamento de Seguridad de Carreteras y Vehículos Motorizados; pasaporte de los Estados Unidos; tarjeta de débito o crédito; identificación militar, estudiantil, de centro de jubilados, de asociación de vecinos o de asistencia pública; tarjeta de identificación de salud de veteranos expedida por el Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos; licencia de Florida para portar un arma o un arma de fuego oculta; o tarjeta de identificación de empleado expedida por cualquier división, departamento, organismo o entidad del Gobierno Federal, el estado, un condado o un municipio.

**O si no tiene ninguno de los documentos de identificación anteriormente indicados, use uno de los siguientes:**

**Identificación de nivel 2** - Identificación en la que se muestre su nombre y dirección de domicilio actual: facture actual de servicios públicos; estado de cuenta bancario; cheque del gobierno; cheque de sueldo; o document del gobierno (sin incluir tarjeta de identificación del votante).

- Enviar la declaración jurada completada y la copia de su identificación al supervisor electoral de su condado a través de uno de los siguientes medios:**
  - Entrega personalmente o a través de cualquier otra persona, o
  - Envía un Fax o correo electrónico (adjunte la declaración jurada rellena y la copia de su identificación), o
  - Correo, cuando el tiempo lo permita (inserte la declaración jurada rellena y la copia de su identificación en un sobre y envíelas a la dirección del supervisor; asegúrese de que haya suficiente franqueo postal y de que la dirección del supervisor sea correcta).

**Dirección Postal:**  
**Supervisor of Elections**  
**4455 Avenue A #101**  
**St. Augustine, FL 32095**

**Número de Fax: (904) 823-2249**  
**E-Mail: [ballotcure@votesjc.com](mailto:ballotcure@votesjc.com)**


Recuerde, su información DEBE llegar al supervisor de elecciones de su condado antes de las 5:00 P.M. del segundo día posterior a la elección o su boleta no será contada.

### **B. Formulario**

#### **Declaración jurada para rectificación de boleta de votación por correo**

Yo, \_\_\_\_\_, soy un votante calificado en esta elección y soy un  
(nombre del votante impreso o en letra de molde)  
votante inscrito del Condado de \_\_\_\_\_ de Florida. Juro o declaro solemnemente que solicité y  
(nombre del condado impreso o en letra de molde)  
devolví la boleta de voto por correo y que no he emitido ni emitiré más de un voto en esta elección. Entiendo que, si cometo o intento cometer cualquier fraude respecto a la votación, emito un voto fraudulento o voto más de una vez en una elección, podrían condenarme por un delito grave de tercer grado, multarme con hasta 5.000\$ y privarme de libertad durante hasta 5 años. Entiendo que el hecho de no firmar la presente declaración jurada significa que mi boleta de voto por correo se considerará inválida.

\_\_\_\_\_  
Firma del votante

**Incluyo una copia de mi identificación como se requiere  
anteriormente. Marque esta casilla** 

\_\_\_\_\_  
Dirección del votante