



Formulario de entrega de emergencia de la boleta Elección Especial de Revocatoria del 16 de septiembre de 2025

Los habitantes de San Francisco que están inscritos o reúnen los requisitos para votar, y que están hospitalizados, confinados en casa, o no pueden salir, pueden llenar este formulario para solicitar la entrega de emergencia de la boleta.

Puede devolver este formulario por correo, por fax al número (415) 554-7344 o por correo electrónico a ballotdelivery@sfgov.org y adjuntar el documento escaneado. Una vez que recibamos el formulario, el Departamento de Elecciones se pondrá en contacto con usted para programar la entrega.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento al (415) 554-4366. TTY: (415) 554-4386.

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección residencial (donde vive):		
Dirección de entrega (en caso de ser diferente a la de arriba):		
¿Quién recibirá la boleta? Marque una opción: ☐ Yo recibiré mi boleta, o ☐ Autorizo a la siguiente persona para recibir mi boleta: Nombre: _____ # de teléfono: _____ ☐ Marque esta casilla si quiere que un miembro del Departamento le ayude a marcar y/o devolver la boleta con sus votos.		
<i>Declaro que soy habitante del Distrito de Supervisión 4, San Francisco, California, o reúno los requisitos para votar en elecciones de San Francisco de conformidad con la sección §321 del Código Electoral, y no he votado ni tengo la intención de votar, una boleta en ninguna otra jurisdicción en las mismas elecciones. Entiendo que votar dos veces es un delito.</i>		
Firme aquí: 	Fecha:	
<i>Si no puede firmar, haga una marca y pida a un testigo de al menos 18 años que firme al lado.</i>		



CITY AND COUNTY OF SAN FRANCISCO
DEPARTMENT OF ELECTIONS

John Arntz, Director

Emergency Ballot Delivery Request Form
September 16, 2025, Special Recall Election

San Francisco residents who are registered or eligible to register to vote, and who are hospitalized, homebound, or otherwise unable to travel, may use this form to request ballot delivery.

You may return this form via mail, fax to (415) 554-7344, or scan and email to ballotdelivery@sfgov.org. Upon receipt of this form, a Department of Elections staff member will call you during business hours to schedule the delivery.

If you have questions or need additional assistance, call the Department at (415) 554-4375. TTY: (415) 554-4386.

Full name:	Date of birth:	Phone:
Residential address (where you live):		
Location to deliver ballot (if different than above):		
Who will accept delivery of your ballot? Check one of the two boxes below: ☐ <i>I will accept the delivery of my ballot, OR</i> ☐ <i>I authorize the following person to accept the delivery of my ballot:</i> Name: _____ Phone #: _____ ☐ Check this box if you would like a Department of Elections staff member to assist with marking and/or returning your voted ballot.		
<i>I declare I am either a resident of Supervisorial District 4, San Francisco, California, or I am qualified to vote in San Francisco elections pursuant to §321 of the Elections Code. I have not voted, nor intend to vote, a ballot from any other jurisdiction for the same election. I understand that voting twice is a crime.</i>		
Sign here: 		Date:
<i>If you are unable to sign, make a mark witnessed by a person 18 years of age or older.</i>		