Declaración de Asistencia



Nota: Esta forma debe de ser llenada por la persona que este asistiendo (ayudando) a un votante enfermo, incapacitado fisicamente o analfabeta en el llenado de una boleta de votación previa. Cualquier persona que con cocociemto de causa e intencionalmente se abstenga de firmar y enviar la declaración de ésta forma o bien que efectúe infuencia indebida en la desición de voto del votante, sera declarado culpable de un delito de tipo no personal con un nivel 9 de severidad. K.S.A. 25-1124(e)

Persona que provee la asistencia:

	Nombre		
	Dirección		
	Ciudad/Edo./C.P.		
		Información del Votante Previo:	
	Nombre		
	Dirección		
	Ciudad/Edo./C.P.		
arriba declarado. Así	como declaro que no fisicamente o analfa	o que he rendido asistencia en el marcado y/o envio de la boleta adjunta perteneciente al vo ejercí influencia indebida y que he marcado la boleta de acuerdo a las instrucciones del vo beta para el cual la boleta fue expedida.	otante
	Firn	aa X	
Para uso official:			
Fecha Declaración rec	eibida		
		K.S.A. 25-1124(c) Rev 1/15/19 to	