

Solicitud de registro electoral en Texas

Exclusivo para uso oficial

Por orden de la Secretaría de Estado

VR17.09S.13

Favor de llenar cada sección con letra de molde LEGIBLE. Si tiene dudas acerca de esta solicitud, contacte a su registrador electoral local o llame gratis a la Secretaría de Estado al 1-800-252-VOTE (8683), TDD (servicio para sordos) 1-800-735-2989 o visite www.sos.state.tx.us.

1 Debe contestar estas preguntas antes de proseguir

Marque un recuadro



Nueva solicitud



Cambio de domicilio, nombre y/o información



Reemplazo de tarjeta

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?



Sí



No

¿Tendrá 18 años cumplidos antes o el día de la elección?



Sí



No

Si marcó 'No' como respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores no llene esta solicitud.

¿Tiene interés en participar como trabajador electoral?



Sí



No

2

Apellido Incluir sufijo si lo hay
(Jr, Sr, III)

Sra, Sandra

Primer nombre

Gómez

Segundo nombre
(si aplica)

Maria

Nombre anterior
(si aplica)

3

Domicilio residencial: Número y calle, y número de departamento o interior. Si no existe un domicilio, describa donde vive (no incluya apartados postales, rutas rurales o dirección del trabajo).

322 main Street

Ciudad

Wylie

TEXAS

Código postal

75098

4

Dirección postal: Número y calle, y número de departamento o interior (si no se puede entregar el correo en su domicilio residencial).

Ciudad

Estado

Código postal

5

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

10/25/1974

6

Sexo (Optativo)



Masculino



Femenino

7 Teléfono (Optativo)

Incluya código de área

(972) 941-8402

8

No. de licencia de conducir de Texas o no. de identificación personal de Texas (Expedido por el Departamento de Seguridad Pública).

89102113

Si no tiene licencia de conducir de Texas o no. de identificación personal, proporcione los 4 últimos dígitos de su número de Seguro Social

XXX-XX-XXXX



No tengo licencia de conducir de Texas/Número de Identidad Personal de Texas ni un número de Seguro Social.

9

Entiendo que el dar información falsa para obtener una tarjeta de registro electoral constituye un delito de perjurio bajo las leyes estatales y federales. Cometer este delito puede resultar en privación de la libertad hasta 180 días, multa de hasta \$2,000 o ambos castigos. Por favor lea cada una de las tres declaraciones antes de firmar.

- soy residente de este condado y ciudadano de los Estados Unidos;
- no he sido condenado por un delito grave, o en caso de ser delincuente, he purgado mi pena por completo, incluyendo cualquier plazo de encarcelamiento, libertad condicional, supervisión, período de prueba, o se me otorgó un indulto; y
- no se me ha declarado, total o parcialmente, como discapacitado mental sin derecho al voto, por el fallo final de un juzgado de sucesiones.

X

Sandia Gomez

Fecha 11/02/09

Firma del solicitante o su agente (apoderado) y relación de éste con el solicitante, o nombre en letra del molde del solicitante si la firma es la de un testigo, y fecha.



Department of Veterans Affairs

DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT/CHANGE**IMPORTANT:** You can use this form to enroll in Direct Deposit or to make a change to an existing direct deposit account.**SECTION I - TO BE COMPLETED BY PAYEE****1. NAME AND ADDRESS**John Q. Doe
1234 My Street
Anywhere, TX 75094**2. INSURANCE FILE NUMBER**

84-337-0823

3. SOCIAL SECURITY NUMBER (Must supply)

555-42-5555

4. DAYTIME TELEPHONE NUMBER

(813) 875-7575

I hereby authorize the Department of Veterans Affairs to start/change direct deposit at the financial institution stated in Item 7, for the purpose of depositing directly into the account stated in Item 10, any and all Government Life Insurance payments that I am entitled to receive from all insurance policies under the insurance file number shown in Item 2.

5. SIGNATURE*John Doe***6. DATE**

4/22/10

SECTION II - PLEASE ATTACH A VOIDED PERSONAL CHECK. IF YOU DO, SKIP BLOCKS 7 - 10. IF YOU DO NOT HAVE A CHECKING ACCOUNT, CONTACT YOUR BANK FOR HELP IN COMPLETING BLOCKS 7 - 10.**NOTE: WHEN A POWER OF ATTORNEY IS APPLYING FOR DIRECT DEPOSIT, A COPY OF A CHECK MUST BE SUBMITTED SHOWING THE INSURED'S NAME ON THE ACCOUNT.****7. NAME OF BANK/FINANCIAL INSTITUTION**

National Bank and Trust

8. PHONE NUMBER OF BANK/FINANCIAL INSTITUTION

888 555 1212

9. BANK ROUTING NUMBER (9 DIGITS)

021409509

10. BANK ACCOUNT NUMBER

7315473



CHECKING



SAVINGS

The bank routing number is always 9 digits and appears between the symbols.

Customer Name
Street Address
City, State, ZIP**SAMPLE CHECK**

Check No. 1234

PAY TO THE
ORDER OF

\$

Dollars

⑆123456789⑆

1617284958569678⑈

1234

Bank Routing
NumberBank Account
NumberCheck Number
(not needed)

The bank account number varies in length and may contain dashes or spaces. The ⑈ symbol indicates the end of the account number.

11. DO YOU PARTICIPATE IN VAMATIC (AUTOMATIC DEDUCTION OF MONTHLY INSURANCE PREMIUM FROM A CHECKING ACCOUNT)? IF YES, DOES THIS CHANGE APPLY TO VAMATIC? YES ☒ NO ☐**MAIL THE COMPLETED FORM TO:****For an Insured:****For a Beneficiary:****VAROIC-DD
P.O. BOX 42954
PHILADELPHIA, PA 19101****VAROIC-DD
P.O. BOX 7208
PHILADELPHIA, PA 19101-7208**Respondent Burden: We need this information to ensure proper transmission of your funds via electronic transfer to your financial institution (31 CFR 208.3 and 210.4). Title 38, United States Code, allows us to ask for this information. We estimate that you will need an average of 20 minutes to review the instructions, find the information, and complete this form. VA cannot conduct or sponsor a collection of information unless a valid OMB control number is displayed. You are not required to respond to a collection of information if this number is not displayed. Valid OMB control numbers can be located on the OMB Internet page at www.whitehouse.gov/library/omb/OMBINVC.html#VA. If desired, you can call 1-800-827-1000 to get information on where to send comments or suggestions about this form.

Privacy Act Notice: The VA will not disclose information collected on this form to any source other than what has been authorized under the Privacy Act of 1974 or Title 5, Code of Federal Regulations 1.526 for routine uses identified in the VA system of records, 36VA00, Veterans and Armed Forces Personnel U.S. Government Life Insurance Records-VA, published in the Federal Register. Your obligation to respond is voluntary, but your failure to provide us the information could impede processing. Giving us your SSN account information is voluntary. Refusal to provide your SSN by itself will not result in the denial of benefits. The VA will not deny an individual benefits for refusing to provide his or her SSN unless the disclosure of the SSN is required by a Federal Statute of law in effect prior to January 1, 1975, and still in effect. The responses you submit are considered confidential (38 U.S.C. 5701).

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT DIRECT DEPOSIT, PLEASE CALL OUR TOLL-FREE NUMBER 1-800-669-8477.

Driver's License Number

R	3	6	9	4	7	0	1	3	6
(A) (N)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)
(B) (O)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)
(C) (P)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)
(D) (Q)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)
(E) (R)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)
(F) (S)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)
(G) (T)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)
(H) (U)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)
(I) (V)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)
(J) (W)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)
(K) (X)									
(L) (Y)									
(M) (Z)									

Date of Birth

Month	D	D	Y	Y	Y	Y
<input type="radio"/> Jan	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)	(0) (0)
<input type="radio"/> Feb	(0) (1)	(0) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)	(1) (1)
<input type="radio"/> Mar	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)	(2) (2)
<input type="radio"/> Apr	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)	(3) (3)
<input type="radio"/> May	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)	(4) (4)
<input type="radio"/> Jun	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)	(5) (5)
<input type="radio"/> Jul	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)	(6) (6)
<input checked="" type="radio"/> Aug	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)	(7) (7)
<input type="radio"/> Sep	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)	(8) (8)
<input type="radio"/> Oct	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)	(9) (9)
<input type="radio"/> Nov						
<input type="radio"/> Dec						

Race

- ☐ Alaskan Native
- ☒ American Native
- ☐ Asian
- ☐ Black/ African American
- ☐ Native Hawaiian/ Pacific Islander
- ☐ White
- ☐ Other

Gender

- ☐ Male
- ☒ Female