777 East Rialto Avenue, San Bernardino, CA 92415 | Phone: 909.387.8300 Fax: 909.387.2022

www.SBCounty.gov

SAN BERNARDINO COUNTY

Registrar of Voters

Joani Finwall
Registrar of Voters

Verificación de Firma y Declaración del Sobre de Identificación Sin Firmar

Lea atentamente estas instrucciones antes de completar esta Declaración.
Si no sigue estas instrucciones, es posible que su Boleta de Voto por Correo no sea contada.

El Registro de Votantes del Condado de San Bernardino ha recibido su Boleta de Voto por Correo para las **Elecciones Generales del 3 de noviembre de 2026**. Sin embargo, no podemos procesarla en este momento debido a una de las siguientes razones:

1. Su firma en el sobre de su Boleta de Voto por Correo no coincide con la firma registrada, O
2. Usted no firmó su sobre de la Boleta de Voto por Correo.

Para asegurarse de que su Boleta de Voto por Correo sea contada, esta Declaración debe completarse, firmarse y devolverse a la oficina del Registro de Votantes del Condado de San Bernardino lo antes posible.

Declaración del Votante:

Soy un votante registrado del Condado de San Bernardino, Estado de California. Declaro bajo pena de perjurio que recibí y devolví una Boleta de Voto por Correo y que no he votado ni votaré más de una boleta en esta elección. Soy residente del distrito electoral en el cual he votado, y soy la persona cuyo nombre aparece en el sobre de la Boleta de Voto por Correo. Entiendo que, si cometo o intento cometer fraude relacionado con la votación, o si ayudo o insto al fraude o intento ayudar o instigar el fraude relacionado con la votación, puedo ser condenado por un delito grave punible con prisión de 16 meses o dos o tres años. Entiendo que si no firmo esta Declaración, mi Boleta de Voto por Correo será invalidada y no será contada.

Su firma debe coincidir con la firma que figura en los archivos de la oficina del Registro de Votantes, que puede ser la firma que aparece en su licencia de conducir o en su tarjeta de identificación estatal.

Firma del Votante _____ **Fecha:** _____
(USE SÓLO TINTA NEGRA)

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____

Dirección de Residencia: _____

Su Declaración debe ser recibida en nuestra oficina a más tardar a las 5:00 p.m. el 25 de noviembre de 2026:

- Enviando **SB CA Cure** por mensaje de texto al 585858.
- Visitando **Elections.SBCounty.gov/ES/BallotCure** para enviarla electrónicamente.
- Enviando por correo electrónico su Declaración firmada escaneada o una foto de la misma a SigVer@rov.sbcounty.gov.
- Enviando por fax su Declaración firmada al (909) 387-3330.
- Enviando o entregando su Declaración firmada en un sobre a nuestra oficina.
  - San Bernardino County Registrar of Voters, 777 E. Rialto Avenue, San Bernardino, CA 92415.
- Dejando su Declaración firmada en un sobre en cualquier buzón oficial de entrega de boletas electorales en el Condado antes de las 8:00 p.m. el 3 de noviembre de 2026.
  - **Elections.SBCounty.gov/ES/Voting/MailBallotDropOff**

Para obtener información adicional o preguntas, por favor visite **Elections.SBCounty.gov/ES** o comuníquese con la oficina del Registro de Votantes por teléfono al (909) 387-8300 o (800) 881-8683, o por correo electrónico a SigVer@rov.sbcounty.gov.