

Aplicación para Funcionario Electoral

Por favor escriba en letra de molde, complete toda la información y devuelva al:

*Election Office – City of Springfield
36 Court Street, Room 8
Springfield, MA 01103
(413) 787 – 6189*

Nombre: _____
Primer Inicial Apellido

Dirección Residencial _____
Calle Código Postal

Dirección de Correspondencia (si es diferente): _____

Número del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de telefono _____
De Día De Noche

¿Estas inscrito(a) para votar en Springfield? NO SI

¿Ha trabajado como Funcionario Electoral anteriormente? NO

SI ¿Por cuantos años? _____ ¿Donde? _____

¿Además del Inglés, habla ud. otro idioma? NO SI ¿Cuales? _____

¿Tiene ud. transportación? NO SI

¿Estaría dispuesto(a) viajar a otra localización para trabajar en las urnas, si es necesario?
 NO SI

¿Cómo fue referido a la Oficina de la Elecciones? _____

Yo certifico que la informacion proveida es correcta y completa.

Firma _____ Fecha _____