



Oficina de Registro

Registro de Votante



SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE VOTANTE POR DEFUNCIÓN

Para solicitar la cancelación de un votante por defunción, puede presentar este formulario o una copia del certificado de defunción del votante.

1. Información sobre el Votante Fallecido

Nombre Legal Completo:
(Como se encuentra en el registro de votante) Primer nombre/ Segundo nombre o Inicial / Apellido

Domicilio Completo:
Como se encuentra en el registro de votante) Número y Calle (No se acepta PO Box)

Ciudad, Estado y Código Postal

Fecha de Nacimiento: Estado de Nacimiento:
Mes/ Día / Año

Fecha de Fallecimiento:
Mes/ Día / Año

2. Información de Identificación sobre el Votante Fallecido (Se requiere una entrada)

Número de Identificación de Votante: Últimos 4 dígitos del número de seguro social:

Número de licencia de conducir de AZ o Número de ID del Estado de AZ:

3. Persona que Llena este Formulario (Reportando Defunción):

Nombre Completo:
Primer nombre/ Segundo nombre o Inicial / Apellido

Relación con el Votante:

Por la presente declaro, bajo pena de perjurio, que de acuerdo con mi conocimiento y creencia personal, el votante nombrado en la sección 1 ha fallecido y debe ser removido del archivo de registro de votantes del Condado Maricopa.

Firma (obligatoria):

Fecha (obligatoria):

Devuelva el formulario completo y firmado, o una copia del certificado de defunción del votante

Por correo:
Maricopa County Recorder's Office
Voter Registration Department
111 S 3rd Ave Ste 102
Phoenix, AZ 85003

Por correo electrónico:
voterinfo@risc.maricopa.gov

Por fax:
602-506-3069

¿Preguntas? Llame al (602) 506-1511

Solo Para Uso Oficial

DATE RECEIVED: _____ DATE CANCELED: _____ CANCELED BY: _____