



Carol A. Dunaway
JACKSON COUNTY
SUPERVISOR OF ELECTIONS

2851 Jefferson Street
Marianna, FL 32448
www.votejacksonfl.gov

Phone: 850-482-9652
Fax: 850-482-9102
email@votejacksonfl.gov

Accessible Vote-By-Mail Ballot Request Form

If you'd like to receive an ADA Accessible Ballot for the 2022 election cycle, please provide us with the below information. Complete and return this form by:

- Mail to 2851 Jefferson St, Marianna, FL 32448.
- Fax to 850-482-9102
- Email to email@votejacksonfl.gov.

Voter Information

Voter Name		Date of Birth
Residence Address <small>Include City, State and Zip</small>		
Mailing Address (If different) <small>Include City, State and Zip</small>		
Florida Driver License, Florida Identification Card Number or Last 4 of Social Security Number		
Email	Phone	

By signing below, I confirm that I am a voter with a disability. I understand that my electronic ballot must be printed by me and submitted to my local elections official, no later than 7:00 p.m. Election Night. I understand casting my electronic ballot, that my selections will be transferred onto an official ballot for tabulation.

Signature	Date
-----------	------



Carol A. Dunaway
JACKSON COUNTY
SUPERVISOR OF ELECTIONS

2851 Jefferson Street
Marianna, FL 32448
www.votejacksonfl.gov

Phone: 850-482-9652
Fax: 850-482-9102
email@votejacksonfl.gov

Formulario de Solicitud de Papeleta de Voto por Correo Accesible

Si desea recibir una papeleta accesible de la ADA (siglas en inglés) para el ciclo electoral de 2022, proporciónenos la siguiente información. Complete y devuelva este formulario a uno de los siguientes:

- Correo: 2851 Jefferson St. Marianna, FL 32448.
- Fax: 850-482-9102
- Correo electrónico: email@votejacksonfl.gov.

Información del elector

Nombre del elector		Fecha de Nacimiento
Dirección Residencial <small>Incluya ciudad, estado y zona postal</small>		
Mailing Address <small>(If different) Include City, State and Zip</small>		
Licencia de conducir de Florida, Número de la tarjeta de identificación de Florida o los últimos 4 dígitos del Seguro Social.		
Correo electrónico:	Teléfono:	

Al firmar a continuación, confirmo que soy un elector con una discapacidad. Entiendo que debo imprimir mi papeleta electrónica y enviarla a mi funcionario electoral local a más tardar a las 7:00 p. m. Noche de elecciones. Entiendo que, al emitir mi papeleta electrónica, mis selecciones se transferirán a una papeleta oficial para su tabulación.

Firma:	Día:
--------	------