

Office of the Kansas Secretary of State
Affidavit of Assistance

DOWNLOAD THIS FORM AT WWW.SOS.KS.GOV

FORM
AV5

Instructions

Any registered voter who has a temporary illness or disability or who is not proficient in reading the English language may request assistance from another person in applying for, marking or returning the voter's advance voting ballot. This affidavit must be completed by the person rendering assistance to the voter. Any such person who knowingly and willfully fails to sign and submit the statement on this form or who exercises undue influence on the voting decision of the voter shall be guilty of a severity level 9 nonperson felony. K.S.A. 25-1124(e)

1 Person Providing Assistance

Last Name

First Name

Middle Name

Residential Address

City

Zip

2 Advance Voter Information

Last Name

First Name

Middle Name

Residential Address

City

Zip

3 Signature of Person Providing Assistance

I hereby declare under penalty of perjury that I have been requested to provide assistance in marking and/or transmitting the enclosed ballot of the above named voter. I further declare that I have not exercised undue influence and have marked the ballot as instructed by the voter to whom the ballot was issued.

SIGN IN THIS BOX

Date ____ / ____ / ____
Month Day Year

FOR OFFICE USE ONLY Date Affidavit Received _____

Declaración de Asistencia

Form
AV5

Nota: Esta forma debe de ser llenada por la persona que este asistiendo (ayudando) a un votante enfermo, incapacitado físicamente o analfabeta en el llenado de una boleta de votación previa. Cualquier persona que con conocimiento de causa e intencionalmente se abstenga de firmar y enviar la declaración de ésta forma o bien que efectúe influencia indebida en la decisión de voto del votante, será declarado culpable de un delito de tipo no personal con un nivel 9 de severidad. K.S.A. 25-1124(e)

Persona que provee la asistencia:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Edo./C.P. _____

Información del Votante Previo:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Edo./C.P. _____

Formalmente declaro, bajo pena de perjurio que he rendido asistencia en el marcado y/o envío de la boleta adjunta perteneciente al votante arriba declarado. Así como declaro que no ejercí influencia indebida y que he marcado la boleta de acuerdo a las instrucciones del votante enfermo, incapacitado físicamente o analfabeta para el cual la boleta fue expedida.

Firma **X**_____

Para uso oficial:

Fecha Declaración recibida _____