KOMUNIKAT

Komisarza Wyborczego w Piotrkowie Trybunalskim

z dnia 15 marca 2019 r.

o miejscu, czasie i terminie przyjmowania zgłoszeń zamiaru głosowania korespondencyjnego przez wyborców niepełnosprawnych w wyborach do Parlamentu Europejskiego zarządzonych na dzień 26 maja 2019 r.

Komisarz Wyborczy w Piotrkowie Trybunalskim informuje, że przyjmuje **do dnia 13 maja 2019 r. do godz. 15.30 zgłoszenia zamiaru głosowania korespondencyjnego** dokonywane przez wyborców niepełnosprawnych, zamieszkujących stale i ujętych w rejestrze wyborców na obszarze następujących gmin i miast:

1. Miasto na prawach powiatu Piotrków Trybunalski
2. m. Bełchatów, gm. Bełchatów, gm. Drużbice, gm. Kleszczów, gm. Kluki, gm. Rusiec, gm. Szczerców, gm. Zelów
3. gm. Aleksandrów, gm. Czarnocin, gm. Gorzkowice, gm. Grabica, gm. Łęki Szlacheckie, gm. Moszczenica, gm. Ręczno, gm. Rozprza, gm. Sulejów, gm. Wola Krzysztoporska, gm. Wolbórz
4. m. Radomsko, gm. Dobryszyce, gm. Gidle, gm. Gomunice, gm. Kamieńsk, gm. Kobiele Wielkie, gm. Kodrąb, gm. Lgota Wielka, gm. Ładzice, gm. Masłowice, gm. Przedbórz, gm. Radomsko, gm. Wielgomłyny, gm. Żytno

Głosować korespondencyjnie mogą wyborcy posiadający orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), w tym także wyborcy posiadający orzeczenie organu rentowego o:
1) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2, i niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 poz. 1270, z późn. zm);
2) niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy wymienionej w pkt 1;
3) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy wymienionej w pkt 1;
4) o zaliczeniu do I grupy inwalidów;
5) o zaliczeniu do II grupy inwalidów;
a także osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.

Głosować korespondencyjnie można tylko w kraju.

Zgłoszenia przyjmowane są w siedzibie Delegatury Krajowego Biura Wyborczego w Piotrkowie Trybunalskim ul. Sienkiewicza 16a, 97-300 Piotrków Trybunalski, pokój 21 (parter) od poniedziałku do piątku w godzinach: od 7^{30} do 15^{30} .

Zgłoszenie zamiaru głosowania korespondencyjnego może być dokonane ustnie, telefonicznie pod nr telefonów: 44 649-79-61, 44 649-66-16, pisemnie, telefaksem na nr 44 649-79-25 lub w formie elektronicznej na adres: pio-biuro@kbw.gov.pl
Jeżeli zgłoszenie będzie dokonane ustnie (telefonicznie), wyborca musi odrębnie przekazać orzeczenie **urzędowi gminy** właściwemu dla jego stałego miejsca zamieszkania.

W razie wysłania dokumentów pocztą zwykłą o dotrzymaniu terminu rozstrzyga data wpływu zgłoszenia do Komisarza Wyborczego w Piotrkowie Trybunalskim.
Zgłoszenie powinno zawierać: nazwisko i imię (imiona), imię ojca, datę urodzenia, numer ewidencyjny PESEL wyborcy niepełnosprawnego, oświadczenie o wpisaniu tego wyborcy do rejestru wyborców w danej gminie, oznaczenie wyborów, których dotyczy zgłoszenie, a także wskazanie adresu, na który ma być wysłany pakiet wyborczy.
Do zgłoszenia **należy dołączyć kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.**

Zgłoszenia zamiaru głosowania korespondencyjnego można dokonać na załączonym do Komunikatu druku zgłoszenia.

Komisarz Wyborczy
w Piotrkowie Trybunalskim

/-/ Marian Baliński

Komisarz Wyborczy w Piotrkowie Trybunalskim
ul. Sienkiewicza 16a
97-300 Piotrków Trybunalski

ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 26 MAJA 2019 R.

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES, NA KTÓRY MA BYĆ WYSŁANY PAKIET WYBORCZY	

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie/mieście:

…….
(nazwa gminy/miasta)

TAK ☐ NIE ☐ Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a.

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności.

……..……..…..., dnia ……..… ..……..
(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)