



CANCELLATION OF VOTER REGISTRATION
(Cancelación del registro de votantes)
COLLIN COUNTY, TEXAS

Collin County Elections
2010 Redbud Blvd Ste 102
McKinney, TX 75069

PHONE: 972-547-1900 or
1-800-687-8546
FAX: 972-547-1995
www.collincountytx.gov

PURPOSE (Objetivo)

This form is intended to provide notification of a voter's request to cancel his or her voter registration. Upon submission of this form, we will remove the voter from the county's list of registered voters. Requested information will only be used to ensure that we are removing the correct voter. *(Este formulario está destinado a proporcionar una notificación de la solicitud de un votante para cancelar su registro de votante. Al enviar este formulario, eliminaremos al votante de la lista de votantes registrados del condado. La información solicitada solo se utilizará para garantizar que eliminemos al votante correcto.)*

INSTRUCTIONS (Instrucciones)

This form can **only** be completed by the voter. Please complete the form as thoroughly as possible. Sign and return to Collin County Elections at the address listed below. For questions or assistance, please contact the Elections Office at 972-547-1900 or 1-800-687-8546, or email us at voterregistration@collincountytx.gov. *(Este formulario solo puede ser completado por el votante. Complete el formulario lo más detalladamente posible. Firme y devuelva a Collin County Elections en la dirección que se indica a continuación. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con la Oficina de Elecciones al 972-547-1900 o al 1-800-687-8546, o envíenos un correo electrónico a voterregistration@collincountytx.gov.)*

Voter Information (Información para votantes)

Last Name (Required) <i>Apellido (Requerido)</i>		First Name (Required) <i>Primer nombre (Requerido)</i>		Middle Name <i>(Segundo nombre)</i>	Suffix <i>(Sufijo)</i>
Date of Birth (Required) <i>Fecha de nacimiento (Requerido)</i> (MM/DD/YYYY)	Gender <i>(Género)</i> ____ Male <i>(Masculino)</i> ____ Female <i>(Mujer)</i>	Last 4 Digits of SSN <i>(Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social)</i>	Driver License or ID No. <i>(Licencia de conducir o número de identificación)</i>	Voter Registration Number (if known) <i>Número de registro de votantes (si se conoce)</i>	
Voter Registration Address (Required) <i>Dirección de registro de votantes (Requerido)</i>					
City (Required) <i>Ciudad (Requerido)</i>		State <i>(Estado)</i> TX	Zip Code <i>(Código postal)</i>	County (in which you were last registered) <i>Condado (en el que se registró por última vez)</i> COLLIN	

By signing this form, I give Collin County Elections consent to cancel my voter registration record. *(Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a Collin County Elections para cancelar mi registro de votante.)*

Signature (Firma)

X

Signature **(Required)** *Firma (Requerida)*

Date Signed *(Fecha de firma)*

Send Form To: *(Enviar formulario a:)*

Collin County Elections
2010 Redbud Blvd Ste 102
McKinney, TX 75069

Thank you for providing this
information. *(Gracias por proporcionar
esta información.)*