

## APÉNDICE E

### Formulario de Aplicación Delegado para Ayuda a la Minoría

Por favor imprimir toda la información

Nombre: \_\_\_\_\_  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código : \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Distrito/ Area (Número): \_\_\_\_\_ Sección de Distrito Electoral: \_\_\_\_\_

Distrito en el Senado Estatal: \_\_\_\_\_

El Partido Demócrata de Massachusetts, para alentar la plena participación de todos los grupos de la población podrá conducir Acciones Afirmativas y Programas de Alcance de parte del grupo objetivo lo cual incluye Afro-Americanos, Hispanos, Americanos Asiáticos, Americanos Nativos y Cabo Verdeanos. *(Por el artículo séptimo del fuero del Partido Demócrata de Massachusetts)*

Yo soy (elegir una):

- Afroamericano
- Hispano
- Americano Asiático
- Americanos Nativos
- Cabo Verdeano

Por favor tener en consideración:

- Bajo el Método de Selección de Delegados, a los candidates sin éxito se les concederá preferencia en el proceso de aplicación de ayuda a la minoría.
- Todos los aplicantes deben ser Demócratas registrados antes del 31 de Diciembre de 2009.
- La aplicación completada deberá ser reenviada al Comité Demócrata Estatal el 5 de Abril de 2010.

**POR FAVOR HACER COPIAS DE ESTE FORMULARIO Y REPARTIR ENTRE EL CAUCUS**