



## Request to Cancel Voter Registration

Only the voter may cancel a voter registration record. To cancel your San Francisco voter registration record, complete, sign, and return this form to the Department of Elections, or visit *sfelections.org* to complete, print, sign, and return a cancellation request.

Please allow the Department 3-5 business days to process your request. To confirm the cancellation, visit *sfelections.org/reglookup* or contact us.

To ensure that we can identify your voter record, please provide the information below, sign, and return this form:

Print name: First name Middle name Last name


Date of birth: MM / DD / YYYY

Residential address where registered Apartment number San Francisco, CA ZIP code

Mailing address (if different)

California driver license or identification number (If you do not have one, provide last four digits of Social Security Number)

Phone or email (please provide in case we must contact you about this request)

Sign here  Date

Return this form:

Email: [svote@sfgov.org](mailto:svote@sfgov.org) (use subject line: Cancellation Request)

Fax: (415) 554-4372

Mail: Department of Elections  
1 Dr. Carlton B. Goodlett Place  
City Hall, Room 48  
San Francisco, CA 94102



## Solicitud para cancelar inscripción electoral

Solo un elector puede cancelar su archivo de inscripción electoral por sí mismo. Para cancelar su archivo de inscripción electoral de San Francisco, complete, firme y devuelva este formulario al Departamento de Elecciones o visite [sfelections.org](http://sfelections.org) para completar, imprimir, firmar y devolver una solicitud para cancelar su inscripción electoral.

Por favor permítanos de 3 a 5 días hábiles para procesar su solicitud. Para confirmar la cancelación, visite [sfelections.org/reglookup](http://sfelections.org/reglookup) o contáctenos.

Para que podamos identificar su archivo de inscripción electoral, por favor denos la información necesaria aquí abajo, firme y devuelva este formulario:

Escriba su nombre: Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_


Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA \_\_\_\_\_

Dirección residencial donde está inscrito \_\_\_\_\_ San Francisco, CA \_\_\_\_\_  
Número de apartamento \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a donde vive) \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir o identificación de California (Si no tiene uno, proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social) \_\_\_\_\_

Teléfono o correo electrónico (En caso que debamos comunicarnos con usted acerca de esta solicitud) \_\_\_\_\_

Firme aquí  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Devuelva este formulario:

Correo electrónico: [sfvote@sfgov.org](mailto:sfvote@sfgov.org) (como asunto escriba: Solicitud de Cancelación/Cancellation Request)

Fax: (415) 554-4372

Correo: Department of Elections  
1 Dr. Carlton B. Goodlett Place  
City Hall, Room 48  
San Francisco, CA 94102