PETITION FOR AN ELECTION FOR THE DISSOLUTION OF THE SOMERVELL COUNTY HOSPITAL DISTRICT

(PETICIÓN PARA UNA ELECCIÓN PARA LA DISOLUCIÓN DE LA SOMERVELL COUNTY HOSPITAL DISTRICT)

COMPLETE ALL BLANKS. ***Complete either VUID or date of birth.** ***(LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO.*** *Llene bien sea su VUID a fecha de nacimiento.)*

We, the undersigned registered voters of Somervell County, do hereby petition for an election for the dissolution of the Somervell County Hospital District pursuant to §§286.102-286.106 of the Texas Health and Safety Code.

(Nosotros, los abajo firmantes registrado votantes del Condado de Somervell, presente una petición para una elección para la disolución de la Somervell County Hospital District conforme a §§286.102-286.106 del código de seguridad y salud de Texas.)

Date Signed *(Fecha de Firma)*	Signature *(Firma)*	Printed Name *(Nombre en letra de molde)*	Street Address (Including City, Texas, Zip) *(Dirección de Residencia (Incluye Ciudad, Estado, Código Postal)*	County *(Condado)*	Voter VUID Number* *(Núm. de VUID de Votante)*	Date of Birth* *(Fecha de Nacimiento)*
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		
				Somervell		