



SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR o TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL DC

La información que brinde se utilizará para **registrarle para votar, a menos que se niegue a hacerlo** en la Sección G.

A. ¿Qué necesita?		
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Permiso de motocicletas

B. Cuéntenos sobre usted.							
Apellido		Nombre		Segundo nombre		Jr./Sr./III, etc.	
Dirección del lugar en el que vive (no se puede usar una dirección de correo únicamente)			N.º de apto/unidad		Ciudad y estado		Código postal
Washington, DC							
Fecha de nacimiento / /		N.º del Seguro Social		Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sin especificar	
Peso Lb	Altura Pies Pulg.		Color de cabello	Color de ojos	Otros nombres que haya utilizado en una licencia de conducir o tarjeta de identificación.		
Teléfono móvil ()		Teléfono alternativo ()		Notificación de texto <input type="checkbox"/> Sí. Se aplican tarifas estándar		Correo electrónico	

C. Cuéntenos su historial de conducción					
1. ¿Ha tenido alguna vez una licencia de conducir? <i>En caso afirmativo, escriba de qué país, estado o jurisdicción.</i>				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Se le ha suspendido o revocado alguna vez su licencia?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se le ha denegado su solicitud de licencia de conducir en otro país o estado?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
IMPORTANTE: Al momento de la emisión de una licencia de conducir o tarjeta de identificación en el Distrito de Columbia, se cancelará cualquier licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida con anterioridad por otro estado.					

D. Cuéntenos sobre su historia clínica <i>Omita esta sección si solo está aquí para obtener una tarjeta de identificación.</i>					
1. ¿Necesita lentes o anteojos correctivos para la prueba de visión?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene la obligación de usar un dispositivo de audición mientras conduce?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En los últimos 5 años, ¿ha tenido o ha recibido tratamiento por alguno de los siguientes problemas? En caso afirmativo, para un elemento, complete el formulario médico/oftalmológico.					
1. Enfermedad de Alzheimer				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Diabetes insulino dependiente				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Glaucoma, cataratas o enfermedades oculares				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Convulsiones o pérdida del conocimiento				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene otras afecciones mentales o físicas que podrían afectar su capacidad para conducir?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

E. Cuéntenos sus preferencias			
1. Todos los hombres de 18 a 26 años serán registrados en el Servicio selectivo . <i>Para excluirse, complete el formulario de exclusión</i>			
2. Me gustaría agregar una designación de veterano . <input type="checkbox"/> Sí. <i>En caso afirmativo, proporcione pruebas.</i>			
3. Me gustaría ser donante de órganos y tejidos . <input type="checkbox"/> Sí			
4. ¿Qué idioma debemos usar para comunicarnos con usted?			
Designaciones especiales (opcional):			
Agregar a mi licencia de conducir o tarjeta de identificación		<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual
		<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva

F. Si tiene más de 70 años, su profesional médico con licencia DEBE completar esta sección		
Nombre del profesional (<i>letra de imprenta</i>)	Número de identificación del profesional	Número de teléfono
¿El solicitante puede conducir un vehículo de manera segura?		
<input type="checkbox"/> Sí, el solicitante puede conducir un vehículo de manera segura.		
<input type="checkbox"/> No, el solicitante no puede conducir un vehículo de manera segura.		
Firma del profesional:		Fecha:

Para denunciar de manera confidencial despilfarro, fraude o abuso por parte de una agencia o funcionario del gobierno del DC, llame al inspector general del DC al 1.800.521.1639	<i>Para uso de la oficina: Formulario revisado en febrero de 2025</i>	
	Firma del empleado:	Fecha:

Preguntas: Visite nuestro sitio web en dmv.dc.gov o llame al 311 en el DC o al 202.737.4404 fuera del código de área 202.

Continúa en la página siguiente →

G. Registro de votante

A menos que se niegue, la información que haya facilitado en esta solicitud se utilizará para registrarle para votar. Si no cumple con los requisitos de registro de votantes que se enumeran a continuación, o si no desea registrarse para votar, DEBE negarse.

Para **registrarse para votar a través del DMV**, debe:

- Ser ciudadano estadounidense
- Vivir en el Distrito de Columbia. (No puede votar en una elección en el Distrito de Columbia a menos que haya vivido en el Distrito de Columbia durante al menos 30 días antes de la elección en la que quiere votar).
- No reclamar residencia con derecho a voto en otro estado, territorio o país
- Tener al menos 16 años. (Se puede hacer un registro previo a los 16. Se puede votar en una elección primaria si tiene al menos 17 años y tendrá 18 años en las próximas elecciones generales. Se puede votar en elecciones generales o especiales si tiene al menos 18 años).
- No haber sido considerado por un tribunal como legalmente incompetente para votar.

Me niego. No quiero que se me registre para votar.

Si se niega, vaya a la Sección H, Certificación del solicitante. Tenga en cuenta que si se niega pero es elegible para registrarse para votar, puede que su información se comparta con la Junta Electoral para actualizar sus registros según lo dispuesto en la sección 1-1001.07b(a) del Código Oficial del DC.

Registro de partidos. Para votar en una elección primaria en el Distrito de Columbia, debe estar registrado para votar en uno de los siguientes tres (3) partidos (**Marque UNA casilla**):

Partido demócrata Partido Verde de la Estadidad del DC Partido Republicano

Si se inscribe como "Sin partido (independiente)" o con otro partido que no esté en la lista anterior, no podrá votar en las elecciones primarias.

Si no elige un partido, se registrará como "Sin partido (independiente)".

Sin partido (independiente) Otro (escriba aquí el nombre del partido) _____

Si necesita ayuda para votar, díganos qué tipo de ayuda necesita (opcional):

Dirección en la que recibe el correo (si es diferente de la anterior):

Nombre y dirección en su último registro de votante (incluya la ciudad y el estado si está fuera del DC):

¿Le gustaría recibir información sobre cómo ejercer como trabajador electoral en las próximas elecciones? Sí No

Avisos importantes. La información de registro de votantes es pública, con la excepción de los Números del Seguro Social completos o parciales, las fechas de nacimiento, las direcciones de correo electrónico y los números de teléfono. Si se niega a registrarse para votar, su decisión será confidencial. Si decide registrarse para votar, la agencia en la que se presente su solicitud de registro de votante permanecerá confidencial y se utilizará solo para sus fines de registro de votantes.

Si desea que su dirección residencial o postal sea confidencial, comuníquese con la División de Servicios para Votantes de la Junta Electoral al 202-727-2525 o en voterservices@dcboc.org para obtener más información.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho: a) a registrarse para votar; b) a negarse a registrarse para votar; c) a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar; o d) a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el director ejecutivo de la Junta Electoral (Executive Director of the Board of Elections, 1015 Half Street, SE, Suite 750, Washington, DC 20003).

Si no recibe una tarjeta de registro de votante dentro de las tres semanas posteriores tras completar esta solicitud, llame a la Junta Electoral al 202-727-2525. También puede visitar el sitio web de la Junta Electoral en www.dcboc.org. Para obtener ayuda relacionada con TTY, llame al 711.

H. Certificación del solicitante

Por la presente, certifico, bajo pena de perjurio, que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Si solicito registrarme para votar, juro o afirmo que cumplo con cada uno de los requisitos enumerados en la Sección G. Entiendo que: a) cualquier persona que use un nombre o dirección ficticios o que a sabiendas haga una declaración falsa en esta solicitud infringe la Ley del Distrito de Columbia y está sujeta a una multa de hasta \$1,000 o hasta 180 días de prisión (sección 22-2405 del Código Oficial del DC), y; b) cualquier persona que se registre para votar o intente registrarse y haga declaraciones falsas en cuanto a su elegibilidad para registrarse infringe la Ley del DC y está sujeta a una multa de hasta \$10,000 o hasta 5 años de prisión (sección 1-1001.14(a) del Código Oficial del DC).

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____