



## SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN O LICENCIA DE CONDUCIR DE DC

Complete todas las secciones que correspondan de esta solicitud.

- A. Si tiene entre 18 y 26 años de edad, se lo registrará en el servicio selectivo. (Para que lo excluyan del servicio, complete un formulario por separado).  
 B. Quisiera ser donante de órganos y tejidos:  Sí. C. ¿Quiere inscribirse para votar, actualizar su partido o cambiar su nombre?  Sí  No  
 (Si la respuesta fue "Sí", complete la página 2). Si está actualizando su dirección pero no quiere que se actualice en la Junta Electoral, marque la casilla.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:				
Apellido		Nombre		Sufijo
Dirección		N° Apartamento/Unidad	Ciudad y estado	Código postal
			<b>Washington, DC</b>	
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Ciudadano		Sexo
MM / DD / AAAA		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Peso	Estatura	Color de ojos		Color de cabello
LIBRAS	PIES PULGADAS			
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		¿Necesita ayuda en otro idioma? ¿En cuál?	
( ) -				
TIPO DE TRANSACCIÓN: (Marque todas las casillas que correspondan).				
Solicito: <input type="checkbox"/> Conversión de una licencia de fuera del estado a una licencia de DC <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Licencia provisional <input type="checkbox"/> Permiso de aprendizaje <input type="checkbox"/> Aval para conducir motocicletas <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación <input type="checkbox"/> Finalidad limitada				
Ya tengo una licencia de conducir de DC o una tarjeta de identificación de DC y estoy solicitando un(a): <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Duplicado <input type="checkbox"/> Corrección				
Si la respuesta fue "Duplicado" o "Corrección", marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Pérdida <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Daño <input type="checkbox"/> Otro _____				
ANTECEDENTES DE TRÁNSITO:				
A. ¿Alguna vez tuvo una licencia de conducir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta fue "Sí", ¿en qué jurisdicción/estado o país? _____				
B. ¿Alguna vez le suspendieron o revocaron la licencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
C. ¿Le han negado la solicitud de licencia de conducir en otro estado o país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí" a las preguntas B o C, proporcione la fecha y la razón de la suspensión, revocación o negación. _____				
D. Enumere los otros nombres que haya utilizado en una licencia de conducir: 1. _____ 2. _____ 3. _____				
ESTADO FÍSICO (Marque todas las opciones que correspondan). Omita esta sección si está solicitando una tarjeta de identificación.				
En los cinco años anteriores, ¿alguna vez lo han tratado por alguna de las siguientes afecciones?				
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 afección de la vista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
4. Ataque o pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta fue "Sí", ¿cuándo tuvo el último ataque?). _____ (Nota: No debe haber sufrido ataques por 12 meses consecutivos).				
5. ¿Sufre de alguna otra afección mental o física que pudiera limitar su capacidad de conducir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
6. ¿Necesita lentes correctivos o anteojos para el examen de evaluación de la vista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
7. ¿Necesita utilizar un dispositivo de audición mientras conduce? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:				
Cualquier persona que utilice un nombre o una dirección ficticia y que, de manera consciente, haga cualquier declaración falsa en esta solicitud se encuentra en violación de la Ley de D. C. y está sujeta a una multa de no más de US\$1,000 o 180 días de encarcelamiento o a ambos. (Código Oficial de D. C. § 22-2405). Por el presente, certifico bajo pena de perjurio que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta.				
Firma del solicitante: _____			Fecha: _____	
CERTIFICACIÓN DEL CONDUCTOR MADURO (A continuación se exige la certificación de un médico para los solicitantes de 70 años de edad o más).				
Nombre del médico (en letra de imprenta)		Número de identificación del médico		Número de teléfono de la oficina con el código de área
Dirección del médico (ciudad/estado/código postal)		Dirección de correo electrónico		
Sobre la base de su diagnóstico médico, ¿tiene el solicitante la capacidad de operar con seguridad un vehículo motorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Firma del médico: _____			Fecha: _____	
Prueba de identidad	Número de licencia de fuera del estado		Prueba de número de seguro social	Prueba de residencia
Solo para uso oficial	Solo para uso oficial		Solo para uso oficial	Solo para uso oficial
Solo para uso oficial	Estado	Fecha de emisión	Fecha de vencimiento	Se exige restricción visual
Solo para uso oficial		Solo para uso oficial		Firma del examinador y fecha
Solo para uso oficial		Solo para uso oficial		Solo para uso oficial



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL VOTANTE DE DC e INSTRUCCIONES

Complete todas las secciones que correspondan de esta solicitud.

Para inscribirse para votar o para actualizar su nombre o partido, complete y firme este formulario. Su decisión de inscribirse o no para votar y el lugar en donde presentó este formulario se mantendrán en confidencialidad. C. ¿Quiere inscribirse para votar, actualizar su partido o cambiar su nombre?  Sí  No (Si la respuesta fue "Sí", complete la página 2). Si está actualizando su dirección pero no quiere que se actualice en la Junta Electoral, marque la casilla.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo
Dirección	Apartamento/Unidad	Ciudad y estado	Código postal
		Washington, DC	
Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA	Número del seguro social /	Ciudadano de los EE. UU. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	¿Necesita ayuda en otro idioma? ¿En cuál?	
Dirección en donde recibe su correspondencia (si es distinto del antes mencionado)			Código postal
<p><b>Inscripción en el partido:</b> Para votar en una elección primaria en el Distrito de Columbia, debe estar registrado para votar en uno de los siguientes cuatro (4) partidos (<b>Marque UNA de las siguientes casillas</b>):</p> <p><input type="checkbox"/> Democrático <input type="checkbox"/> Partido verde estatal de D.C. <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Libertario</p> <p>Si se inscribe con "Ningún partido (independiente)" o con otro partido no mencionado anteriormente, es posible que no pueda votar en las elecciones primarias.</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún partido (independiente) <input type="checkbox"/> Otro (escriba el nombre del partido aquí)</p>			
Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para votar, díganos qué tipo de discapacidad tiene (opcional).			
Nombre y dirección en la última inscripción de votante (incluya el país/la ciudad/el estado si corresponde a un sitio fuera del D. C.)			
Declaración del votante: léala y fírmela			
<p>Juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que soy un ciudadano de los EE. UU., que vivo en el Distrito de Columbia en la dirección antes mencionada, que no reclamo la residencia de votación fuera del Distrito de Columbia, que tengo más de 16 años de edad, que no estoy preso por una condena de un delito grave y que un tribunal declaró que no estoy legalmente incapacitado para votar.</p>			
<p><b>ADVERTENCIA:</b> Si firma esta declaración aún sabiendo que no es verdadera, puede recibir una condena, se lo puede multar con US\$ 10,000 y se lo puede encarcelar por hasta cinco años.</p>			
Firme aquí _____		Fecha: _____	
Empleado	Fecha de inscripción	Número de inscripción	

La información de la inscripción del votante es pública a excepción de la totalidad/una parte de los siguientes datos: el número de seguro social, la fecha de nacimiento, la dirección de correo electrónico y los números de teléfono. Para que su domicilio de residencia y su dirección de correo postal se mantengan en confidencialidad, debe presentar ante el Secretario de Votantes de la Junta Electoral una orden del tribunal que ordene que dicha información debe mantenerse en confidencialidad.

Usted no es un votante registrado hasta que recibe su tarjeta de inscripción de votante por correo.

Si no recibe una tarjeta de inscripción de votante dentro de un período de tres semanas de finalizada su inscripción, llame a la Junta Electoral al 202-727-2525.

También puede visitar nuestro sitio web en [www.dcboee.org](http://www.dcboee.org). Los individuos con problemas de audición con un dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD, por sus siglas en inglés), pueden llamar al 202-639-8916.

Información en español: Si le interesa obtener este formulario en español, llame al 202-727-2525.