



SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR o TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE DC

A menos que decline/se excluya, la información que proporcione en este formulario se utilizará para inscribirlo para votar o actualizar su inscripción.

A. ¿Qué necesita?		
<input type="checkbox"/> licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Autorización para motocicletas

B. Cuéntenos sobre usted			
Apellidos	Nombre	Segundo nombre	Jr./Sr./III, etc.
Dirección donde vive (no se puede usar una dirección de solo correo)		Apt./Unidad n.º	Ciudad y Estado Washington, DC
Código postal			
Fecha de nacimiento / /	Seguro Social n.º	Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Sin especificar
Peso LIBRAS	Altura PIES PULG.	Color del cabello	Color de ojos
Teléfono ()	Correo electrónico	Otros nombres que ha utilizado en una licencia de conducir o tarjeta de identificación.	

C. Cuéntenos sobre su historial de conducción	
1. ¿Ha tenido alguna vez una licencia de conducir? Si responde sí, diga qué país, estado o jurisdicción _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez le suspendieron o revocaron la licencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Le han negado la solicitud de licencia de conducir en otro estado o país?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

D. Cuéntenos sobre su historial médico <i>Salte esta sección si solo está aquí para obtener una tarjeta de identificación.</i>	
1. ¿Necesita lentes correctivos o anteojos para el examen de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Necesita utilizar un dispositivo de audición mientras conduce?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 5 años, ¿ha tenido o recibido tratamiento por algo de lo siguiente? Si responde sí a algún ítem, complete el formulario médico/de la vista.	
1. Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Diabetes dependiente de insulina	<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 de la consciencia. Si es sí, ¿cuándo fueron las más recientes? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene otras condiciones mentales o físicas que afectarían su capacidad para conducir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

E. Cuéntenos sobre sus preferencias	
1. Todos los hombres de 18-26 años de edad serán registrados con el Servicio Selectivo . Para excluirse, complete el formulario de exclusión	
2. Me gustaría agregar la designación de Veterano a mi licencia/tarjeta ID.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si responde sí, proporcione prueba de su estatus</i>
3. Me gustaría ser donante de órganos y tejidos .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Qué idioma deberíamos usar para comunicarnos con usted?	_____

Office Use:

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

Para reportar confidencialmente el despilfarro, fraude o abuso por parte de cualquier agencia o funcionario gubernamental del DC, llame a la Oficina del Inspector General del DC al 1-800-521-1639	Office Use:	Solicitud revisada en mayo de 2018
	Firma del empleado:	Fecha:

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

Continúa en la siguiente página →

G. Inscripción electoral

A menos que decline/se excluya, la información que haya proporcionado en esta solicitud se utilizará para inscribirlo para votar o actualizar su inscripción. Si no cumple con los requisitos de inscripción electoral que figuran a continuación, o si no desea inscribirse para votar, DEBE declinar.

Para **inscribirse para votar**, debe:

- Ser ciudadano de EE. UU.
- 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 por lo menos 30 días antes de las elecciones en las que tiene la intención de votar).
- No reclamar la residencia con derecho a voto o el derecho a votar en otro estado o territorio de EE. UU.
- Tener al menos 16 años (puede preinscribirse a los 16. Puede votar en una elección primaria si tiene al menos 17 años y tendrá 18 años en las próximas elecciones generales. Puede votar en una elección general o elección extraordinaria si tiene al menos 18 años de edad).
- No estar en la cárcel por la condena de un delito que sea un delito grave en el Distrito de Columbia
- No se ha encontrado por un tribunal legalmente incompetente para votar

Declino/me excluyo. No me inscriban para votar ni actualicen mi inscripción de elector.

(Si declina/se excluye, salte a la Sección H. Certificación del solicitante)

Inscripción del partido. Para votar en las elecciones primarias en el Distrito de Columbia, debe estar inscrito para votar en uno de los siguientes cuatro (4) partidos (**Marque UNA casilla a continuación**):

Partido democrático Partido republicano Partido verde del estado del DC Partido libertario

Puede inscribirse como "Sin partido (independiente)" o con un partido que no figure arriba marcando una de las casillas a continuación. Si se inscribe como "Sin partido (independiente)" o con un partido que no figure arriba, no puede votar en las contiendas de candidatos en las elecciones primarias, pero puede votar en cualquiera de las preguntas de la papeleta sobre la ciudad (por ejemplo, iniciativas) que aparecen en las papeletas de las elecciones primarias. Si no elige ninguna de las seis opciones presentadas, se inscribirá como "Sin partido (independiente)" de forma predeterminada.

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

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

Dirección donde recibe su correo (si es diferente de la dirección donde vive, provista en la Sección B.):

Nombre y dirección de su última inscripción electoral (incluya la ciudad y el estado si es fuera del DC):

¿Desea información sobre cómo servir como trabajador electoral en las próximas elecciones? Sí No

Avisos importantes. La información de inscripción del elector es pública, con la excepción del número del seguro social, fecha de nacimiento, dirección de correo electrónico y número de teléfono.

Si declina/se excluye de inscribirse para votar, su decisión será confidencial y se utilizará solo para fines de inscripción electoral. Si elige inscribirse para votar, la identidad de la agencia donde se inscriba será confidencial y se usará solo a efectos de inscripción electoral.

Para que su dirección del domicilio y/o correo postal sea confidencial, debe enviar una orden judicial a la Junta Electoral del DC que ordene que dicha información debe mantenerse confidencial.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho: a) a inscribirse para votar; b) a declinar inscribirse para votar; c) a la privacidad en decidir si inscribirse o solicitar inscribirse para votar, o; d) a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral del DC en DC Board of Elections, 1015 Half Street SE, Suite 750, Washington, DC 20003.

Puede verificar el estado de su inscripción en <https://dcboe.org/VoterRegistrationStatus>.

¿Preguntas? Visite nuestro sitio web en www.dcboe.org, o llame al 202.727.2525 • 1.866.328.6837 (llamada gratis) • 711 (TDD)

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 inscribirme para votar, juro o afirmo que cumplo con cada uno de los requisitos enumerados en la Sección G. Entiendo que: a) toda persona que use un nombre o dirección ficticios y/o haga una declaración falsa con conocimiento en esta solicitud, estará infringiendo la Ley del DC y sujeto a una multa de hasta \$1,000 y/o hasta 180 días de prisión (Código oficial del DC 22-2405), y; b) toda persona que se inscriba para votar o intente inscribirse y haga declaraciones falsas sobre sus calificaciones para inscribirse estará infringiendo la Ley del DC y estará sujeto a una multa de hasta \$10,000 y/o hasta 5 años de prisión (Código oficial del DC 1-1001.14 (a)).

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____