



DEMANDE DE PERMIS DE CONDUIRE ou DE CARTE D'IDENTITÉ DE DC

À moins que vous refusiez/vous excluez, les informations que vous fournissez sur ce formulaire seront utilisées afin de vous inscrire pour voter ou mettre à jour votre inscription.

A. De quoi avez-vous besoin ?		
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte d'identité	<input type="checkbox"/> Permis de conduire une motocyclette

B. Parlez-nous de vous							
Nom de famille		Prénom		Second prénom		Jr./Sr./III, etc.	
Adresse où vous habitez (une adresse postale uniquement ne peut pas être utilisée)			N° d'apt ou d'unité		Ville et État		Code postal
					Washington, DC		
Date de naissance / /		N° de sécurité sociale		Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non spécifié	
Poids LIVRES		Taille PI PO		Couleur des cheveux		Couleur des yeux	
Téléphone ()		Courriel		Autres noms que vous avez utilisés sur un permis de conduire ou une carte d'identité.			

C. Parlez-nous de vos antécédents de conduite		
1. Avez-vous déjà eu un permis de conduire ? <i>Si oui, indiquez de quel pays, état, ou juridiction ?</i> _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Votre permis a-t-il déjà été suspendu ou révoqué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3. Votre demande de permis de conduire a-t-elle été refusée dans un autre pays ou état ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

D. Parlez-nous de vos antécédents médicaux <i>Sautez cette section si vous n'êtes ici que pour obtenir une carte d'identité.</i>		
1. Avez-vous besoin de verres ou de lunettes correcteurs pour le test de dépistage oculaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Êtes-vous tenu de porter un dispositif auditif en conduisant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert de ou été traité pour l'une des raisons suivantes ? Dans l'affirmative, pour un élément, veuillez remplir le formulaire Médical/Oculaire.		
1. Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Diabète insulino-dépendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3. Glaucome, cataracte ou maladies oculaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
4. Crise ou perte de conscience <i>Si oui, à quelle date remonte votre dernière crise ?</i> _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5. Avez-vous d'autres troubles mentaux ou physiques qui pourraient nuire à votre capacité de conduire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

E. Parlez-nous de vos préférences	
1. Tous les hommes âgés de 18 à 26 ans seront inscrits avec Selective Service . <i>Pour vous retirer du programme, remplissez le formulaire de retrait.</i>	
2. J'aimerais ajouter un Titre d'ancien combattant à mon permis/ma carte d'identité. <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, fournissez une preuve de votre statut</i>	
3. Je voudrais être un donneur d'organes et de tissus . <input type="checkbox"/> Oui	
4. Quelle langue devrions-nous utiliser pour communiquer avec vous ? _____	

Usage interne :

F. Si vous avez plus de 70 ans, votre médecin traitant autorisé DOIT remplir cette section.			
Nom du médecin (<i>caractères d'imprimerie</i>)		Numéro d'identification du médecin	Numéro de téléphone
Le demandeur a-t-il la capacité de conduire un véhicule en toute sécurité ?		<input type="checkbox"/> Oui, le demandeur peut conduire un véhicule en toute sécurité. <input type="checkbox"/> Non, le demandeur ne peut pas conduire un véhicule en toute sécurité.	
Signature du médecin :		Date :	

Pour signaler de façon confidentielle tout gaspillage, toute fraude ou tout abus par un organisme ou un fonctionnaire du Gouvernement du DC, appelez l'Inspecteur Général du DC au 1.800.521.1639.	Utilisation interne :	Formulaire révisé en mai 2018	
	Signature de l'employé :	Date :	

Avez-vous des questions ? Veuillez visiter notre site Web à dmv.dc.gov ou composez le 311 à DC ou le 202.737.4404 en dehors de l'indicatif régional 202.

Suite à la page suivante →

G. Inscription électorale

À moins que vous refusiez/vous excluez, les informations que vous avez fournies sur cette demande seront utilisées afin de vous inscrire pour voter ou mettre à jour votre inscription. Si vous ne remplissez pas les conditions d'inscription des électeurs énumérées ci-dessous ou si vous ne voulez pas vous inscrire pour voter, vous DEVEZ refuser.

Afin de **vous inscrire pour voter**, vous devez :

- Être un citoyen américain
- Vivre dans le district de Columbia (Vous ne pouvez pas voter lors d'une élection se déroulant dans le District de Columbia, à moins que vous n'y ayez vécu pendant au moins 30 jours avant l'élection pour laquelle vous avez l'intention de voter.)
- Ne pas réclamer le droit de vote dans un autre État ou territoire des États-Unis
- Être âgé d'au moins 16 ans (vous pouvez vous inscrire à l'avance à 16 ans. Vous pouvez voter lors d'une élection primaire si vous avez au moins 17 ans, et si vous aurez 18 ans lors de la prochaine élection générale. Vous pouvez voter lors d'une élection générale ou spéciale, si vous avez au moins 18 ans.)
- Ne pas être en prison pour un délit constituant un crime dans le District de Columbia
- Ne pas avoir été jugé, par un tribunal, juridiquement incapable de voter

Je refuse/m'exclue. Ne m'inscrivez pas pour voter ou mettre à jour mon inscription électorale.

(Si vous refusez/vous excluez, passez à la Section H. Certification du demandeur)

Inscription du parti. Pour voter lors d'une élection primaire dans le District de Columbia, vous devez être inscrit pour voter dans le compte d'un des quatre (4) partis suivants (**Cochez UNE case ci-dessous**) :

Democratic Party Republican Party DC Statehood Green Party Libertarian Party

Vous pouvez vous inscrire en tant que « Aucun parti (Indépendant) » ou dans le compte d'un parti qui ne figure pas ci-dessus, en cochant l'une des cases ci-dessous. Si vous vous inscrivez en tant que « Aucun parti (Indépendant) » ou dans le compte d'un parti ne figurant pas ci-dessus, vous ne pouvez pas voter lors des élections primaires ; toutefois, vous pouvez voter sur toutes les questions référendaires à l'échelle de la ville (par exemple, les initiatives) qui apparaissent sur les bulletins de vote des élections primaires. Si vous ne choisissez aucune des six options présentées, vous serez enregistré en tant que « Aucun parti (Indépendant) » par défaut.

Aucun parti (Indépendant) Autre (écrire le nom du parti ici) _____

Si vous avez besoin d'aide pour voter, veuillez nous indiquer le type d'aide dont vous avez besoin (facultatif) :

Adresse où vous recevez votre courrier (si différente de l'adresse de résidence fournie dans la Section B.) :

Nom et adresse sur votre dernière inscription électorale (inclure la ville et l'état, si en dehors du DC) :

Souhaitez-vous obtenir des informations sur comment devenir un agent électoral lors de la prochaine élection ? Oui Non

Avis importants. Les informations d'inscription des électeurs sont publiques, à l'exception des numéros de sécurité sociale, des dates de naissance, des adresses de courriel et des numéros de téléphone.

Si vous refusez/vous excluez de l'inscription au vote, votre décision demeurera confidentielle et ne sera utilisée qu'aux fins d'inscription électorale. Si vous choisissez de vous inscrire pour voter, l'identité de l'organisme où vous vous êtes inscrit reste confidentielle et ne sera utilisée qu'aux fins d'inscription électorale.

Pour que votre adresse de résidence et/ou votre adresse postale restent confidentielles, vous devez soumettre une ordonnance du tribunal au Conseil électoral du DC, qui ordonne que ces informations soient gardées confidentielles.

Si vous croyez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit : a) de vous inscrire pour voter ; b) de refuser de vous inscrire pour voter ; c) à la vie privée, afin de décider si vous devez vous inscrire ou faire une demande d'inscription pour voter, ou ; d) de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès du Conseil électoral du DC (DC Board of Elections), 1015 Half Street SE, Suite 750, Washington, DC 20003.

Vous pouvez vérifier le statut de votre inscription à l'adresse <https://dcboe.org/VoterRegistrationStatus>.

Avez-vous des questions ? Visitez notre site Web à www.dcboe.org, ou appelez le 202.727.2525 • 1.866.328.6837 (sans frais) • 711 (TDD)

H. Certification du demandeur

Je certifie, sous peine de parjure, que les informations contenues dans la présente demande sont véridiques et exactes. Si je fais une demande d'inscription pour voter, je jure ou affirme que je remplis chacune des exigences énumérées à la section G. Je comprends que : a) toute personne utilisant un nom ou une adresse fictifs et/ou faisant sciemment une fausse déclaration sur cette demande est en violation de la Loi du DC et est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 000 \$ et/ou 180 jours d'emprisonnement (Code officiel du DC 22-2405), et ; b) toute personne qui s'inscrit pour voter ou tente de s'inscrire et fait de fausses déclarations, quant à ses qualifications pour l'inscription, est en violation de la Loi du DC et est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 10 000 \$ et/ou jusqu'à 5 ans d'emprisonnement (Code officiel du DC 1-1001.14 (a)).

Signature du demandeur : _____

Date : _____