



SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR o TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL DC

La información que proporcione se utilizará para **registrarlo para votar** o actualizar su registro, **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		Primer 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 (ZIP)
			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 desde 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
D. Cuéntenos sobre tu 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. ¿Está obligado a usar un dispositivo auditivo 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? <i>En caso afirmativo, para un elemento, complete el formulario médico/oftalmológico.</i>					
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 se registrarán en el Servicio Selectivo . <i>Para excluirse de este servicio, complete el formulario de exclusión</i>					
2. Me gustaría agregar una designación de veterano a mi licencia/tarjeta de identificación.			<input type="checkbox"/> Sí	<i>En caso afirmativo, proporcione pruebas de su estado</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 (opcionales): <i>Agregar a mi licencia de conducir o tarjeta de identificación</i>			<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva
			<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual		
<i>Para uso de la oficina:</i>					
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 tiene la capacidad de 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:</i>	<i>Formulario revisado en octubre de 2021</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 rechace, la información que haya proporcionado en esta solicitud se utilizará para registrarlo para votar o actualizar su registro. 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, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- 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 la elección en la que tiene intención de votar).
- No reclamar residencia con derecho a voto fuera del Distrito de Columbia
- Tener al menos 16 años de edad. (Puede preregistrarse a los 16. Puede votar en una elección primaria si tiene al menos 17 años y tendrá 18 años para las próximas elecciones generales. Puede votar en elecciones generales o especiales si tiene al menos 18 años de edad).
- No haber sido considerado por un tribunal como legalmente incompetente para votar.

Me niego. No me registre para votar ni actualice mi registro de votante.
(Si se niega, vaya a la Sección H, Certificación del solicitante)

Registro de partidos. Para votar en una elección primaria en el Distrito de Columbia, debe estar registrado para votar en uno de los siguientes cuatro (4) partidos (Marque UNA casilla a continuación):

Partido Demócrata Partido Verde de la Estadidad del D.C. Partido Republicano Partido Libertario

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) Otros (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 D.C.):

¿Le gustaría recibir información sobre cómo trabajar 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, los números de registro de votantes, 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.

Para que su residencia y/o dirección postal se mantengan confidenciales, debe presentar al Registro Electoral de la Junta Electoral una orden judicial que indique que dicha información debe mantenerse confidencial.

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 de Elecciones (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 de Elecciones al 202-727-2525. También puede visitar el sitio web de la Junta Electoral en www.dboe.org. Para obtener ayuda relacionada con TTY, llame al 711. Si necesita esta información en español, llame al 202-727-2525.

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 y/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 y/o hasta 180 días de prisión (Código Oficial del DC 22-2405), y; b) cualquier persona que se registre para votar o intente registrarse y haga declaraciones falsas en cuanto a su elegibilidad para registrarse está en violación de la Ley del DC y está sujeta 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: _____