



《哥伦比亚特区驾照或身份证申请表》

您提供的信息将用于为您登记投票或更新您的登记，除非您在 G 节中表示拒绝。

A. 您需要哪种证件?		
<input type="checkbox"/> 驾照	<input type="checkbox"/> 身份证	<input type="checkbox"/> 摩托车背书

B. 请告诉我们有关您的信息			
姓氏	名字	中间名	小 (Jr.)/老 (Sr.)/三世 (III) 等
您的居住地址 (不能使用仅供邮寄地址)		公寓/单元号	市和州 华盛顿, 哥伦比亚特区
生日 / /	社会安全号码	美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未注明
体重 磅	身高 英尺 英寸	发色	眼睛颜色
您在驾照或身份证上的其他曾用名			
手机号 ()	备用电话 ()	短信通知 <input type="checkbox"/> 是 收取标准费率	电子邮件

C. 请告知我们您的驾驶记录			
1. 您是否曾持有驾照?	如是, 请注明签发国家、州或管辖区	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 您的驾照是否曾被暂停使用或吊销?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3. 您在其他国家或州的驾照申请是否曾被拒?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

D. 请告知我们您的病史			
<i>如果您只是来办理身份证, 请跳过此节。</i>			
1. 您在进行视力筛查时是否需要佩戴矫正隐形眼镜或常规眼镜?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 您在驾驶时是否需要佩戴助听器?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
在过去 5 年中, 您是否有过以下情况或因以下情况接受过治疗? 如果对某个选项回答为是, 请填写《医疗/视力表格》。			
1. 阿尔茨海默病		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 胰岛素依赖型糖尿病		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3. 青光眼、白内障或眼疾		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4. 癫痫发作或丧失意识		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5. 您是否有其他会影响您驾驶能力的心理或身体状况?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

E. 请告知我们您的偏好			
1. 我们会为所有 18-26 岁的男性登记自愿服役。如需选择退出, 请填写《选择退出表格》			
2. 我想在我的驾照/身份证上添加退伍军人称号。	<input type="checkbox"/> 是	如是, 请提供您的身份证明	
3. 我愿意成为一名器官和组织捐赠者。	<input type="checkbox"/> 是		
4. 我们应用何种语言来与您进行沟通?	_____		
特殊指称 (可选): 请添加至我的驾照或身份证	<input type="checkbox"/> 自闭症患者	<input type="checkbox"/> 视力障碍者 听力障	
	<input type="checkbox"/> 智力障碍者	<input type="checkbox"/> 碍者	
			办公用:

F. 如果您年龄在 70 周岁以上, 则此节必须由您的执业医师进行填写			
执业医师姓名 (工整书写)	执业医师身份识别号码	电话号码	
申请人是否有能力安全驾驶车辆?			
<input type="checkbox"/> 是, 申请人可以安全驾驶车辆。			
<input type="checkbox"/> 否, 申请人不可以安全驾驶车辆。			
执业医师签名:			日期:

如需秘密举报哥伦比亚特区政府机构或官员的浪费、欺诈或滥用行为, 请致电 1 (800) 521-1639 联系哥伦比亚特区监察长	办公用:	表格修订于 2021 年 10 月	
	员工签名:	日期:	

G. 选民登记

除非您表示拒绝，否则您在本申请中提供的信息将用于为您登记投票或更新您的登记。如果您不符合以下所列选民登记要求，或者您不愿登记投票，您必须表示拒绝。

如需登记投票，您必须：

- 为美国公民
- 居住在哥伦比亚特区。(除非您在您打算进行投票的选举前在哥伦比亚特区已居住至少 30 天，否则您不得在哥伦比亚特区的选举中进行投票。)
- 在哥伦比亚特区以外地方无具有投票权的住所
- 至少年满 16 周岁。(16 岁时，您可以进行预先登记。如果您至少年满 17 周岁，并且在下一次大选时将年满 18 周岁，您则可以在初选中进行投票。如果您至少年满 18 周岁，您则可以在大选或特殊选举中进行投票。)
- 没有被法院认定为在法律上无投票能力人员

我表示拒绝。请勿为我登记投票或更新我的选民登记。
(如果您表示拒绝，请跳至 H 节——申请人证明。)

党派登记。 如需在哥伦比亚特区初选中进行投票，您必须以以下四 (4) 个政党之一的党派身份登记投票 (请在以下一个方框中打勾)：

民主党 哥伦比亚特区立州绿党 共和党 自由党

如果您登记为“无党派 (独立党)”或上述未列出的其他党派，您则不能在初选中进行投票。

如果您未选择党派，您则将被登记为“无党派 (独立党)”。

无党派 (独立党) 其他 (请在此处写下党派名称) _____

如果您在投票方面需要帮助，请告知我们您所需帮助的类型 (可选)：

接收信件地址 (如与上述不同)：

您上一次选民登记的姓名和地址 (如果非哥伦比亚特区，请列出市和州)：

您是否想了解在下次选举中担任投票站工作人员的信息? 是 否

重要通知。 除完整/部分社会安全号码、选民登记号码、出生日期、电子邮件地址和电话号码外，选民登记信息为公开信息。如果您拒绝登记投票，您的决定将予以保密。如果您选择登记投票，您提交选民登记申请的机构将予以保密，并仅用于您的选民登记。

为对您的住所和/或邮寄地址进行保密，您必须向选举委员会的选民登记处提交一份法院命令，指示必须对此类信息进行保密。

如果您认为有人干涉了您的以下权利：a) 登记投票权；b) 拒绝登记投票权；c) 决定是否登记或申请登记投票的隐私权；或 d) 选择所属政党或其他政治偏好权，您可以向选举委员会执行主任提出申诉，其地址为 1015 Half Street, SE, Suite 750, Washington, DC 20003。

如果在完成此申请后的三周内，您未收到选民登记卡，请致电 (202) 727-2525 联系选举委员会。您也可以访问选举委员会的网站：www.dcboe.org。如需 TTY 协助，请拨打 711。Si necesita esta informacion en espanol, llame al (202) 727-2525。

H. 申请人证明

我特此证明，本申请中的信息真实无误，如有虚假甘愿受作伪证处罚。如果我申请登记投票，我发誓或确认我符合 G 节所列每项要求。我明白：a) 任何使用虚构姓名或地址的人员和/或在此申请中蓄意作出任何虚假陈述的人员，均违反哥伦比亚特法律，可被处以最高 \$1000 美元罚款和/或最高 180 天监禁 (《哥伦比亚特区官方法典》(DC Official Code) 第 22 章第 2405 节)，并且；b) 任何登记投票或试图登记并对其登记资格作出任何虚假陈述的人员，均违反哥伦比亚特区法律，可被处以最高 \$10000 美元罚款和/或最高 5 年监禁 (《哥伦比亚特区官方法典》第 1 篇第 1001.14(a) 节)。

申请人签名：_____ 日期：_____