



DL-14AS - SOLICITUD DE UNA LICENCIA DE CONDUCIR (DL) O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE TEXAS (ADULTO - 17 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD Y MAYOR)

AVISO: Toda la información proporcionada en esta solicitud deberá escribirse con TINTA. Las solicitudes solo se conservan durante 90 días. DPS NO PODRÁ HACER REEMBOLSO DE PAGO UNA VEZ PRESENTADA LA SOLICITUD.

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO RESTRICCIONES/ENDOSOS

No. ASIGNADO # _____

Aplicación para: Licencia de Conducir Tarjeta de Identificación Clase (escoja una): A B C Motocicleta: S N
 Escoja una: Original Renovación Reemplazo Cambio de Domicilio o Nombre

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Sufijo: _____ Nombre Nacido/Soltera: _____ SSN: _____ - _____ - _____
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Sexo (escoja uno): Hombre Mujer Estatura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ Lbs.
 Color de Ojos (escoja uno): Azul Café Gris Borrado Verde Negro Marrón Rosa
 Color de Cabello (escoja uno): Negro Rojo Gris Café Rubio Calvo Blanco
 Raza (escoja uno): (AI) Amerindio/Nativo de Alaska (AP) asiático/nativo de las Islas del Pacífico (BK) Negro (W) Blanco
 Etnia (escoja uno): (H) Orígenes Hispanas (O) No Hispano (U) Desconocido
 Lugar de Nacimiento: Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ País: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

INFORMACION DE CONTACTO

Dirección del Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
Dirección de Correo/Postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Número de teléfono de Hogar: _____ Otro teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
¿En caso de lesión o muerte, le gustaría proveer dos contactos de emergencia? En caso afirmativo, por favor de apuntar:
 a) Nombre _____ Número de teléfono _____ Dirección _____
 b) Nombre _____ Número de teléfono _____ Dirección _____
Dirección Alternativa: (Sólo personal autorizado)
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

INFORMACION REQUERIDA DE TODOS LOS SOLICITANTES

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si no es, pase a la pregunta 3. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Si usted es ciudadano, ¿le gustaría registrarse para votar? Si está registrado, ¿le gustaría actualizar su información de votante?
Estoy enterado que proporcionar información falsa para obtener registro electoral es mentir bajo juramento y una violación penal estatal y federal. Convicción por este crimen puede resultar en una sentencia de prisión de hasta un año, una multa de hasta \$4,000 o ambas. POR FAVOR REPASE LAS TRES DECLARACIONES ANTES DE FIRMAR.
Afirmo que soy residente del condado proporcionado al superior, soy ciudadano americano; no he cometido delito penal, y si soy criminal anterior, cumplí toda mi sentencia incluyendo todo termino de encarcelamiento, libertad condicional, supervisión, periodo de condiciones o he sido perdonado; Y no he sido determinado demente o parcialmente demente por medio de una opinión jurídica por ninguna corte que elimine mi derecho a votar.
Al proporcionar mi firma electrónica, comprendo que la información personal en mi solicitud y mi firma electrónica se usarán para entregar mi solicitud de registro electoral a la oficina de la Secretaría del Estado de Texas. Con el deseo de registrarme para votar, autorizo al Departamento de Seguridad Pública a transferir esta información a la Secretaría de Estado de Texas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Es usted veterano? Si no lo es, siga a la pregunta 4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a.) ¿Está incapacitado 60% y recibe recompensa y desea renunciar el costo de la aplicación? (Prueba de Incapacitación requerida) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b.) ¿Desea que se indique en su DL o ID que es Veterano Incapacitado? o, |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c.) ¿Está incapacitado 50% o 40% y se le ha amputado una extremidad y desea Veterano Incapacitado indicado en su DL o ID? (Prueba de incapacitación requerida; documentos de prueba son DD214/215, NGB22, Carta de Incapacitación del VA, Tarjeta de ID de Veterano, prueba de servicio/verificación de servicio honorable. (Prueba de Incapacitación se requiere para recibir la designación de Veterano Incapacitado) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d.) Si desea designación de Veterano o Veterano Incapacitado en su licencia, ¿desea su ramo de servicio en su DL o ID? En caso afirmativo, escoja:
<input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Coast Guard <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Navy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Tiene alguna afección de salud que le puede impedir comunicarse con un oficial? (Medico debe preparar Forma DL-101) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Desea registrarse como donador de órganos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Desea donar \$1.00 al Programa de Educación, Evaluación y Tratamiento para la Ceguera? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ¿Desea apoyar el Programa de Registro de Texas-Glenda Dawson Donar Vida? En caso afirmativo, indique una la cantidad de la donación de \$1.00 o más \$_____.00. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Desea apoyar los Veteranos de Texas? En caso afirmativo, indique la cantidad de su donación de \$1.00 o más \$_____.00. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Desea apoyar a los sobrevivientes de asalto sexual? En caso afirmativo, indique la cantidad de donación de \$1.00 o más \$_____.00 para ayudar a financiar la recopilación de evidencia de asalto sexual (kit de violación) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Desea apoyar la emisión de una licencia o identificación para jóvenes adoptados o sin hogar? En caso de que si, por favor indique la cantidad de donación de \$1 o más para eximir a esta población de tener que pagar la tarifa. \$_____.00 |

INFORMACION REQUERIDA SOLAMENTE DE LOS SOLICITANTES DE LICENSIA DE CONDUCIR (PARA USO CONFIDENCIAL SOLO POR EL DEPARTAMENTO)

PREGUNTAS SOBRE SU HISTORIAL MEDICO

SI NO

- ¿Actualmente tiene, o se ha diagnosticado con, o se ha tratado alguna vez por alguna condición médica que podrá afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado?
Ejemplos incluyen, pero no están limitados a: diagnosticado o ser tratado por problemas del corazón, embolia, hemorragia o coágulos, alta presión sanguínea, enfisema (durante los últimos dos años) • trastorno ocular progresivo (i.e. glaucoma, degeneración macular, etc.) • dificultad girando la cabeza de lado a lado • pérdida de control muscular • rigidez en las articulaciones o del cuello • coordinación de mano-ojo inadecuado • condición médica que afecta su juicio • mareos o problemas de equilibrio • extremidades faltantes
Por favor de explicar su condición médica : _____
- ¿Tiene Ud. una condición mental que podrá afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado? ¿En caso afirmativo, por favor de explicar cuál o cómo? _____
- ¿Alguna vez ha tenido una convulsión epiléptica, convulsión, pérdida de consciencia u otra convulsión?
- ¿Tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina?
- ¿Tiene alguna dependencia de alcohol o drogas que podrá afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado o ha tenido algún episodio de abuso de alcohol o drogas en los últimos dos años?
- En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra afección médica grave? Por favor de elaborar: _____
- ¿Alguna vez ha sido referido a la Junta Médica de Texas para (obtener) Licencias de Conducir?

INFORMACION REQUERIDA SOLAMENTE DE TODOS LOS SOLICITANTES DE PRIMERA VEZ DE LICENSIA DE CONDUCIR

INFORMACION SOBRE EL HISTORIAL DEL CONDUCTOR

SI NO

- ¿Alguna vez ha tenido una licencia o permiso de conducir en otro estado?
Indique el (los) estado(s): _____
Número(s): _____ ¿Cuándo? _____
- ¿Está inscrito o ha completado un curso aprobado de educación de conducir?
- ¿Está **ACTUALMENTE** o **ALGUNA VEZ** ha sido suspendido, revocado, cancelado, rechazado o descalificado en **CUALQUIER** estado su licencia de conducir o su privilegio de conducir?
¿Estado _____ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

INFORMACION DE REGISTRACIÓN DE VEHICULOS E SEGUROS

- ¿Es Usted propietario de un vehículo motorizado que debe estar registrado (Código de Transporte de Texas, sección 502.040)?
- ¿Es Usted propietario de un vehículo motorizado que se requiere que tenga seguro de responsabilidad O alguna otra prueba de responsabilidad financiera según la Ley de Responsabilidad de la Seguridad de Vehículos Motorizados (Código de Transporte de Texas, sección 601.051)?

AVISO: La información de esta solicitud se requiere según la Ley de Licencias de Conducir de Texas, Código de Transporte de Texas, Capítulo 521. El no proporcionar la información es causa de que se le niegue la expedición de una licencia de conducir o tarjeta de identificación y, en algunos casos, cancelación o retiro de los privilegios de conducir. La información falsa también puede hacerlo acreedor a cargos penales con sanciones de una multa hasta por \$4,000.00 y/o encarcelamiento.

DIVULGACIÓN DE RECOPIACIÓN DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

La divulgación de su número de cuenta de seguro social es obligatoria para los solicitantes de una tarjeta de identificación y una licencia de conducir, pero voluntario para solicitantes de certificados de identificación electoral. Esta información se solicita en cumplimiento de 42 U.S.C. 405(c)(2)(C)(i), 42 U.S.C. 666(a)(13)(A); 6 C.F.R. sección 37.11(e), 49 C.F.R. 383.153, Código Familiar de Texas, sección 231.302(c)(1) y Código de Transporte de Texas, secciones 521.142 y 522.021. El Departamento usará la información del número de seguro social para fines de identificación y solo entregará el número para fines oficialmente autorizados en cumplimiento del Código de Transporte de Texas, sección 521.044.

SERVICIO SELECTIVO DE ESTADOS UNIDOS

Cualquier hombre que tenga cuando menos 18 años, pero menos de 26, que presenta esta solicitud consiente ser registrado en el Sistema de Servicio Selectivo de Estados Unidos. Para conocer opciones o alternativas para solicitantes que objetan al servicio militar convencional por motivos religiosos o de otro tipo de conciencia, encontrará información disponible en: <http://www.sss.gov/FactSheets/FSaltsvc.pdf>. Al entregar esta solicitud, doy mi consentimiento para la inscripción en el Sistema de Servicio Selectivo de los Estados Unidos, si mi registro es requerido por ley

NO FIRME MÁS ABAJO HASTA QUE UN NOTARIO PÚBLICO O UN EMPLEADO DE LICENCIAS DE CONDUCIR LE INDIQUE.

CERTIFICACIÓN

Juro solemnemente, afirmo o certifico que soy la persona que se indica en el presente documento y que las declaraciones en esta solicitud son veraces y correctas. Además, certifico que mi domicilio de residencia es (*marque una opción*): vivienda unifamiliar, apartamento, motel, refugio temporal. Acepto reportar inmediatamente al Departamento de Seguridad Pública de Texas cualquier cambio en mi condición médica que pudiera afectar mi capacidad de operar un vehículo motorizado de manera segura. También comprendo que por ley debo reportar cualquier cambio de nombre o domicilio al Departamento de Seguridad entre triente días del cambio.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Jurado y suscrito ante mí este día _____ de _____, _____

Notario Público en y para el Estado de Texas/Funcionario Autorizado