



Department of Motor Vehicles

SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR DE USO RESTRINGIDO O CONDICIONAL

ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE Y TINTA AZUL O NEGRA.

Case No. Order No. LAM LRN LDP LNO

IMPORTANTE: No puede usar una licencia de uso restringido para conducir un vehículo de transporte por contrato, a menos que su licencia esté suspendida o revocada por un accidente sin seguro, un lapso de cobertura del seguro, operar un vehículo de motor sin seguro, o por incumplimiento con pagos de pensión alimenticia.

MARQUE EL CUADRO DEL TIPO DE SERVICIO QUE NECESITA (PUEDE MARCAR MÁS DE UNO)

Form with checkboxes for license types: Solicitar una licencia de uso restringido, Reponer una licencia de uso restringido o condicional, Renovar una licencia de uso restringido o condicional, Solicitar para una licencia condicional, Cambiar información de una licencia de uso restringido o condicional

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Form for identification information: APELLIDO COMPLETO, PRIMER NOMBRE COMPLETO, SEGUNDO NOMBRE COMPLETO

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR O DE TARJETA DE ID DE NO CONDUCTOR DE NYS

Form for license or ID card number

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL\* (SSN)

Form for Social Security Number

\* Usted debe proporcionar su SSN. La autoridad para obtener su SSN se otorga en las secciones 490.3 y 502 de la Vehicle and Traffic Law (Ley de vehículos y tráfico).

Form for personal details: SUFIJO, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO, ESTATURA, COLOR DE OJOS, TELÉFONO DE DÍA (Opcional)

Form for address: DIRECCIÓN DONDE RECIBE SU CORREO - Incluir nombre de calle y número, entrega rural y/o número de apartado

Form for residence: DIRECCIÓN DONDE RESIDE SI ES DIFERENTE A SU DIRECCIÓN POSTAL - NO PROPORCIONE UN P.O. BOX (APARTADO POSTAL).

Form with questions: ¿Ha cambiado su nombre?, ¿Ha cambiado la dirección donde recibe su correo?, ¿Ha cambiado la dirección donde vive?

¿Cuál es el cambio y la razón del cambio (nuevo tipo de licencia, error en fecha de nacimiento, etc.)?

Form for name change details

Form for reason of change

CONDICIÓN DE VETERANO

Form with checkbox: Marque este cuadro si le gustaría que la palabra "Veteran" (Veterano) estuviera impresa frente a su documento con foto.

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN EL ESTADO DE NUEVA YORK (Debe completar la siguiente sección)

Para inscribirse en el Registro "Donate Life" (Done vida) del Departamento de Salud del estado de Nueva York, marque el cuadro "sí" y luego coloque su firma y la fecha abajo.

Marque esta casilla para realizar una contribución voluntaria de \$1 al Fondo Fiduciario Life...Pass It On (La vida...Pásala).

Debe responder la siguiente pregunta: ¿Desea ingresar al Registro de "Donate Life" (Dona vida)?

Form for signature and date: Firma de consentimiento del donante: Fecha:

PREGUNTAS PARA REGISTRO COMO VOTANTE

Form with questions: ¿le gustaría solicitar para registrarse?, ¿le gustaría que se notifique a la Junta de elecciones?

LLENE Y FIRME LA PÁGINA 2.

Large form for license application: Eye Test, License Class, Restrictions, Exp. Date, Proof Submitted, Stop/Response, Validation Number, Fee, Approved By, Date, Office

SOLICITUD DE REGISTRO PARA VOTAR EN EL ESTADO DE NUEVA YORK

Solo complete esto si desea registrarse para votar o cambiar su dirección u otra información ante la Junta de Elecciones.

Si se registra para votar, su solicitud completa de registro para votar será enviada directamente a la Junta de Elecciones. Si ya no desea registrarse, su decisión será confidencial.

Form for voter registration: ¿Es usted ciudadano de EE. UU., ¿Tendrá 18 años o más en o antes del día de las elecciones?, ¿Ha votado antes?, Información de votación

Partido político

Debe elegir uno Para votar en una elección primaria, debe estar inscrito en uno de estos partidos, excepto el Partido Independiente, el cual permite que los votantes no inscritos participen en ciertas elecciones primarias.

Form for political party: Deseo afiliarme a un partido político, No deseo afiliarme a ningún partido político

DECLARACIÓN JURADA: Yo juro o afirmo que

- Soy ciudadano de los Estados Unidos. Habré vivido en el condado, ciudad o pueblo por lo menos 30 días antes de la elección. Cumpló con todos los requisitos para registrarme para votar en el Estado de Nueva York. La firma o marca que aparece en la línea de abajo es mía. La información anterior es verdadera, y comprendo que en caso de que no sea verdadera puedo ser condenado y multado con hasta \$5,000 y/o encarcelado por hasta cuatro años.

Firmar X

- ¿Ha tenido o actualmente recibe tratamiento o toma medicamentos por cualquier condición que ocasiona inconsciencia o pérdida de la conciencia, como un trastorno convulsivo, epilepsia, desmayos o episodios de mareos o afección cardíaca?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", usted y su médico deben completar el formulario MV-80U.1, incluso si ha sido liberado del Programa de revisión médica. Este formulario se puede obtener en cualquier oficina de vehículos motorizados o en [www.dmv.ny.gov](http://www.dmv.ny.gov).
- ¿Necesita un dispositivo de audición o un espejo retrovisor de visión completa para operar un vehículo motorizado?  Sí  No
- ¿Ha perdido el uso de una pierna, brazo, mano u ojo?  Sí  No
  - Si está renovando su licencia y respondió "Sí", ¿es esta una nueva condición desde su última licencia?  Sí  No
  - Si respondió "NO" a la pregunta 3a, ¿su condición ha empeorado desde su última licencia?  Sí  No

**CERTIFICACIÓN** - Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera. Si estoy solicitando una reposición de licencia, certifico que la licencia fue robada, extraviada o mutilada y que, en caso de encontrar la licencia extraviada, la entregaré al Departamento de Vehículos Motorizados. Yo pagaré la matrícula completa y otras cuotas requeridas para el programa de rehabilitación (si es aplicable), asistiré al programa (si se requiere) y conduciré bajo las condiciones requeridas para la licencia de uso restringido o condicional. Yo comprendo que el incumplimiento de lo anterior dará como resultado la revocación de mi licencia restringida o condicional y el restablecimiento de la suspensión o revocación de mi licencia completa. Si yo soy un hombre de por lo menos 18 años de edad pero menor de 26, acepto ser registrado en el Sistema de Servicio Selectivo, si la legislación federal lo requiere, y autorizo la entrega de cualquier información personal requerida para ese registro. Al firmar más adelante autorizo el uso de mi tarjeta de crédito, si corresponde.

**IMPORTANTE:** Las declaraciones falsas en cualquier solicitud de licencia o de tarjeta de identificación de no conductor o en algún comprobante o declaración en relación a ella, o engaño o sustitución, o que provoquen engaño o sustitución por otra persona en relación con esa solicitud, pueden someterlo a su acusación criminal por un delito grave o menor conforme a la Ley de Vehículos y Tráfico o Derecho Penal.

FIRME AQUÍ ➔

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ➔

## CÓMO SOLICITAR UNA LICENCIA DE CONDUCIR DE USO RESTRINGIDO O CONDICIONAL

Siga las instrucciones a continuación que apliquen para usted. Debe solicitarse en persona. Puede hacer esto en la mayoría, pero no en todas, las oficinas de vehículos motorizados. Póngase en contacto con la oficina más cercana para determinar dónde puede solicitarla.

<p><b>PARA SOLICITAR una licencia de uso restringido o condicional</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Llene ambos lados de esta solicitud y firme con su nombre en el cuadro de "Certificación".</li> <li>Presente esta solicitud y un comprobante de identidad. Consulte el formulario ID-44 "Proofs of Identity" (Comprobantes de identidad) para obtener una lista de documentos que puede mostrar como comprobantes.</li> <li>Llene el anexo Restricted Use License Attachment (Anexo de licencia de uso restringido) (formulario MV-693) o el Conditional License Attachment (Anexo de licencia condicional) (formulario MV-2020) según corresponda, o cualquier formulario adicional proporcionado por la oficina de vehículos motorizados.</li> <li>Pague la cuota correspondiente.</li> </ol>
<p><b>PARA REPONER su licencia de uso restringido o condicional</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Llene ambos lados de esta solicitud y firme con su nombre en el cuadro de "Certificación". Su nombre, fecha de nacimiento y sexo deben anotarse <b>exactamente</b> como aparecían en su última licencia.</li> <li>Presente esta solicitud y un comprobante de identidad. Consulte el formulario ID-44 "Proofs of Identity" (Comprobantes de identidad) para obtener una lista de documentos que puede mostrar como comprobantes. Para reponer una licencia mutilada, entregue la licencia junto con esta solicitud.</li> <li>Pague la cuota correspondiente.</li> <li>Si extravía su anexo Restricted Use License Attachment (Anexo de licencia de uso restringido) (formulario MV-693) o su anexo Conditional License Attachment (Anexo de licencia condicional) (formulario MV-2020), debe llenar un nuevo anexo.</li> </ol>
<p><b>PARA CAMBIAR información de su licencia de uso restringido o condicional</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Llene ambos lados de esta solicitud y firme con su nombre en el cuadro de "Certificación".</li> <li>Presente esta solicitud, su licencia actual, el anexo Restricted Use License Attachment (Anexo de licencia de uso restringido) (formulario MV-693) o el anexo Conditional License Attachment (Anexo de licencia condicional) (formulario MV-2020), comprobante de identidad y comprobante del cambio que necesita. Consulte el formulario ID-44 "Proofs of Identity" (Comprobantes de identidad) para obtener una lista de documentos que puede mostrar como comprobantes.</li> <li>Pague la cuota correspondiente.</li> </ol>
<p><b>PARA RENOVAR su licencia de uso restringido o condicional</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Llene ambos lados de esta solicitud y firme con su nombre en el cuadro de "Certificación".</li> <li>Presente esta solicitud, el anexo Restricted Use License Attachment (Anexo de licencia de uso restringido) (formulario MV-693) o el anexo Conditional License Attachment (Anexo de licencia condicional) (formulario MV-2020), su licencia actual y comprobante de identidad. Consulte el formulario ID-44 "Proofs of Identity" (Comprobantes de identidad) para obtener una lista de documentos que puede mostrar como comprobantes.</li> <li>Hágase un examen de la vista en cualquier oficina de vehículos motorizados, o con alguno de los siguientes proveedores: médico autorizado, asistente médico, enfermera registrada, enfermera profesional, oftalmólogo, optometrista, oculista, farmacéutico que esté inscrito en el Registro para examen de la vista del Departamento de vehículos motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV), personal supervisado por cualquiera de estos proveedores y el personal de las organizaciones autorizadas por el Departamento de vehículos motorizados del estado de Nueva York para realizar exámenes de la vista.</li> <li>Pague la cuota correspondiente.</li> </ol>

MV-44CRS (1/16)

MV-44CRS (1/16)

### INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE REGISTRO PARA VOTAR EN EL ESTADO DE NUEVA YORK

(Lea antes de llenar su solicitud en el otro lado.)

Utilice la Solicitud de registro para votar de NYS para registrarse para votar en las elecciones de NYS, y/o:

- cambiar el nombre o dirección de su registro para votar
- hacerse miembro de un partido político
- cambiar de partido político

Para registrarse debe:

- ser un ciudadano de EE. UU.;
- ser mayor de 18 años al final de este año;
- no reclamar el derecho a votar en otro lugar
- no debe estar en prisión o en libertad bajo palabra por una condena por un delito mayor;

Información en español: si le interesa obtener este formulario de registro del votante en español, llame al 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

এই ফর্মটি বাংলায় পেতে চাইলে এই নম্বরে

ফোন করুন: 1-800-367-8683

中文資料: 如果你有興趣索取本中文資料表格, 請電 1-800-367-8683

OFFICE USE ONLY

Si ya no desea registrarse, su decisión será confidencial. Si considera que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o le niega registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse o al presentar su solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, debe presentar una queja con la Junta de elecciones de NYS, 40 Steuben Street, Albany, NY 12207-2109 (teléfono: 1-800-469-6872).

Su solicitud completa será enviada a la Junta de elecciones y se le notificará por medio de su Junta de Elecciones del Condado cuando se haya procesado su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar la solicitud de registro de votante o registrarse para votar, debe llamar a la Junta de Elecciones del Condado o llamar al 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY marcar 711) (solo para preguntas de registro de votante). Si vive en la ciudad de Nueva York, debe llamar al 1-866-VOTE-NYC. También puede encontrar respuestas o herramientas en el sitio web de la Junta de Elecciones de NYS: [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)