NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Motor Vehicles

SOLICITUD DE PERMISO, LICENCIA DE CONDUCIR O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA NO CONDUCTORES

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA *CLARA EN AZUL O NEGRO.*

Este formulario también está disponible en **dmv.ny.gov**

OFFICE USE ONLY
Image #

SOLICITA: ☐ Licencia ☐ Permiso ☐ Tarjeta de identificación

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD: ☐ Nueva ☐ Renovar ☐ Actualizar información ☐ Cambiar tipo ☐ De reemplazo ☐ Condicional ☐ Restringida ☐ Transferencia a NY

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

¿Tiene actualmente o tuvo alguna vez una licencia de conducir, un permiso de aprendiz o una tarjeta de identificación para no conductores del Nueva York? ☐ Sí ☐ No
Solicitar una tarjeta de identificación de no conductor cancelará todos los privilegios de la licencia de conducir del estado de NY.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN LA LICENCIA DE CONDUCIR, PERMISO DE APRENDIZ O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONDUCTOR DEL ESTADO DE NY

APELLIDO COMPLETO

NOMBRE COMPLETO

SEGUNDO NOMBRE COMPLETO

¿Tiene o tuvo alguna vez una licencia de conducir válida o que haya vencido en los últimos dos años, emitida por otro estado de EE. UU., el Distrito de Columbia o una provincia canadiense? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde fue emitida?_____

Fecha de vencimiento: | Tipo de licencia: | N.º de ID de la licencia de otro estado:

SUFIJO | **FECHA DE NACIMIENTO** Mes / Día / Año | **SEXO** Masculino ☐ Femenino ☐ | **ALTURA** Pies / Pulgadas | **COLOR DE OJOS** | **NÚMERO DE TELÉFONO (fijo/móvil)** Código de área ( )

¿Cambió su nombre? ☐ Sí ☐ No *Si la respuesta es "Sí", escriba en letra de imprenta su nombre anterior exactamente como aparece en su licencia o tarjeta de ID de no conductor actual.*

OTRO CAMBIO: Cuál es el cambio y por qué lo hizo (nueva clase de licencia, fecha de nacimiento incorrecta, etc.)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL* (SSN)

***** Debe proporcionar su SSN. Las Secciones 490(3) y 502(1) de la Ley de Tráfico y Vehicular (Vehicle and Traffic Law) otorgan la autoridad para recolectar su SSN. La información se usará para realizar un intercambio con otras jurisdicciones, para ayudar a la verificación de la identidad y para sanciones de licencia de conducir conforme a las Secciones 510(4-e) y 510(4-f) de la Ley V&T. Su SSN no se hará público.

DIRECCIÓN A LA QUE RECIBE SU CORREO - *Incluya nombre y número de calle, envío rural o apartado postal (si cuenta con un apartado, también deberá completar el campo "Dirección en la que vive")*
ESA DIRECCIÓN APARECERÁ EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD ESTÁNDAR

	Apartamento No.	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado

DIRECCIÓN EN LA QUE VIVE *CAMPO OBLIGATORIO SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL - NO ESCRIBA LA DIRECCIÓN DE SU APARTADO POSTAL.*
ESTA DIRECCIÓN APARECERÁ EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD CORREGIDO/REAL

	Apartamento No.	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado

¿CAMBIÓ SU DIRECCIÓN POSTAL? ☐ Sí ☐ No **¿CAMBIÓ LA DIRECCIÓN DONDE VIVE?** ☐ Sí ☐ No

Si respondió que "Sí" a alguna de las preguntas de arriba, las direcciones de todos los registros vehiculares asociados con su número de ID también se actualizarán para que muestren esa dirección, salvo que marque esta casilla ☐. Si está registrado en el padrón electoral, se actualizará su registro de empadronamiento una vez que haya completado y enviado este formulario. Si NO quiere que su nueva dirección aparezca en el padrón electoral, marque este recuadro ☐. Si no marca este recuadro, su nueva dirección se enviará a la Junta Electoral de su condado de residencia.

CONDICION DE VETERANO ☐ Marque este recuadro si quiere que se imprima la palabra "Veterano" en el frente de su documento con foto.
Deberá presentar una prueba que indique un licenciamiento honorable del servicio militar (DD-214, DD-215, o consulte el formulario MV-44.1).

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

Para inscribirse en el registro Donate Life del estado de Nueva York, marque el recuadro "sí", y coloque su firma y la fecha abajo. Usted certifica que: tiene 16 años o más; acepta donar sus órganos y tejidos para trasplante e investigación; autoriza al DMV a transferir su nombre e información personal al registro de Donate Life; y autoriza a Donate Life del estado de NY a brindar acceso a esta información a organizaciones de donación de órganos, hospitales y bancos de ojos y tejidos reguladas por el gobierno federal y autorizados por el estado de NY luego de su muerte. "DONANTE DE ÓRGANOS" *aparecerá impreso en el frente de su documento con foto del DMV*. Recibirá una confirmación, que también le permitirá limitar su donación. Si tiene 16 o 17 años de edad, sus padres/tutores legales podrán cambiar su decisión luego de su muerte. Para recibir más información, póngase en contacto con DLNYS en donatelife.ny.gov.

Debe responder la siguiente pregunta: ¿Quiere que lo agreguen al registro de Donate Life? ☐ Sí (firme y feche el consentimiento abajo) ☐ Omita esta pregunta

♥Consentimiento de donante
Firma: **X**_____ Fecha _____

☐ Marque este recuadro para realizar una donación voluntaria de $1 a la fundación Life...Pass It On para la investigación y difusión de donaciones de órganos y tejidos. Su tarifa de transacción total incluirá el $1.

PREGUNTAS PARA EL EMPADRONAMIENTO ELECTORAL

(*Marque "sí" o "no".*) ***NOTA:*** Si no marca ninguno de los recuadros, se considerará que ha decidido no empadronarse para votar.

Si no se empadronó para votar donde vive ahora, ¿quisiera solicitar que se lo empadrone?
☐ *SÍ* - Complete la sección Solicitud de empadronamiento electoral (no es necesario si piensa llevar este formulario a una oficina de DMV). ☐ *NO* - No deseo empadronarme/ya estoy empadronado

COMPLETE Y FIRME LA PÁGINA 2. →

OFFICE USE

CDL Certifications **NI NA EI EA** | License Class | Special Conditions | ☐ TEENS

Document Type: ☐ Enhanced ☐ REAL ID ☐ Standard (Not for Federal Purposes)

Proof Submitted: ☐ Birth Certificate ☐ U.S. Passport ☐ Foreign Passport ☐ Driver License/ID ☐ Learner Permit ☐ MV-45 ☐ Out-of-State License ☐ DHS Document(s) ☐ Medical Certificate (CDL Only) ☐ Image Retrieval ☐ Social Security Card ☐ Credit Card ☐ ATM Card

Other:

Other Restrictions

Approved By | Date

Office

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN LA LICENCIA DE CONDUCIR, PERMISO DE APRENDIZ O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONDUCTOR DEL ESTADO DE NY

ESTAS PREGUNTAS DEBEN COMPLETARSE PARA TODAS LAS TRANSACCIONES DE LICENCIAS/PERMISOS

1. ¿Se suspendió, revocó o canceló su licencia de conducir, permiso de aprendiz o privilegio de conducir, o se rechazó su solicitud de licencia en este o en algún otro estado, en virtud del nombre que proporcionó en este formulario o de cualquier otro nombre? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es "Sí", ¿su licencia, permiso o privilegio se restituyeron o se aprobó su solicitud? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Recibió tratamiento, recibe tratamiento en la actualidad o toma medicamentos para afecciones que causen coma o pérdida de conocimiento? (por ejemplo, un trastorno convulsivo, epilepsia, desmayos o mareos, o una afección cardíaca)? ☐ Sí ☐ No
   Si marcó "Sí", deberá enviar el formulario MV-80U.1, incluso si recibió el alta del Programa de Revisión Médica. Puede conseguir el formulario en cualquier oficina de Vehículos motorizados o en dmv.ny.gov.
3. ¿Necesita audífonos o un espejo retrovisor de vista completa para conducir un vehículo motorizado? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Perdió el uso de una pierna, brazo, mano u ojo? ☐ Sí ☐ No
   4a. Si necesita renovar su licencia de conducir y marcó "Sí", ¿eso ocurrió desde su última licencia de conducir? ☐ Sí ☐ No
   4b. Si marcó "NO" en el punto 4a, ¿su afección empeoró desde que obtuvo su última licencia de conducir? ☐ Sí ☐ No

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

☐ Licencia junior ☐ Tarjeta de ID de no conductor (*menor de 16*)

Soy el padre o tutor del solicitante, y doy mi autorización para que se emita un permiso de aprendiz, licencia o (si es menor de 16) una tarjeta de ID de no conductor. Comprendo que soy responsable de certificar que el solicitante completó al menos 50 horas de conducción "práctica" supervisada, incluidas 15 horas de conducción luego de la puesta del sol, antes de que el solicitante realice una prueba en carretera, y que esta certificación (MV-262) deberá presentarse al momento de la prueba en carretera. Nota para padres/tutores: *Si el solicitante de la licencia de conducir tiene 17 años en adelante y cuenta con un Certificado de Finalización de Estudiante de Educación para Conductores (MV-285), el consentimiento no será necesario.*

Padre o tutor Firmar aquí **X** _____ (Relación con el solicitante) _____ (Fecha)

Servicio de notificación electrónica de eventos de adolescentes (TEENS)

Deseo inscribirme en el programa TEENS para que se me notifique si el solicitante menor de 18 años recibe una condena, suspensión, revocación o sufre un accidente y se registra en su archivo de licencia. Para obtener más información sobre este programa, consulte el formulario MV-1046, Cómo inscribirse en TEENS o MV-1056,TEENS Preguntas frecuentes. Este es un servicio ***GRATUITO***.

Número de ID en la licencia de conducir del estado de NY, Permiso o Tarjeta de ID de no conductor del padre o tutor mencionado arriba que brinda su consentimiento (requerido)

SOLO SOLICITANTES DE LICENCIAS DE CONDUCIR COMERCIALES

1. **En los últimos 10 años, ¿algún otro estado de EE. UU. o el Distrito de Columbia le emitió una licencia de conducir?** ☐ Sí ☐ No
   *Si la respuesta es **"Sí",** escriba el nombre de cada uno* _____
2. **DEBERÁ certificar al DMV que conduce (o espera conducir) un vehículo motorizado comercial en uno de los siguientes tipos de conducción (seleccione solo uno):**
   - ☐ **Interestatal no exento (NI) -** Se requiere un estado médico certificado. Tiene 21 años o más y conduce, o espera conducir, entre estados (distinto de la conducción exenta).
   - ☐ **Intraestatal no exento (NA) -** Se requiere un estado médico certificado. Tiene 18 años o más y conduce, o espera conducir, solo en el estado de NY (distinto de la conducción exenta).
   - ☐ **Interestatal exento (EI) -**Tiene 18 años o más y conduce, o espera conducir, entre estados SOLO de manera exenta. Debe tener una restricción A3.
   - ☐ **Intraestatal exento (EA) -**Tiene 18 años o más y conduce, o espera conducir, SOLO en operación exenta y SOLO en el estado de NY. Debe tener restricciones A3 y K.

Si el tipo de conducción que solicitó requiere de un estado médico certificado (NI o NA), deberá proporcionar una copia legible de su certificado actual del Examinador Médico del Departamento de Transporte de los EE. UU. al DMV si aún no está en el archivo. Consulte el formulario MV-44.5 del DMV si necesita información adicional que lo ayude a determinar su tipo de conducción.

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que facilité en esta solicitud y en los documentos proporcionados en respaldo de esta solicitud es verdadera y está completa.

Comprendo que una declaración falsa en esta solicitud, o el envío de documentos falsos que respalden esta solicitud, podrían castigarse como delito penal.

Si solicito un documento de reemplazo, certifico que mi documento del estado de NY se perdió, fue robado o se deterioró.

Si lo que hago es una transferencia de mi licencia de conducir de otro estado a una licencia de conducir del estado de NY, certifico que, cuando obtuve mi licencia de conducir de otro estado, era residente permanente del estado o la provincia que emitió la licencia, que la licencia ha sido válida por al menos 6 meses, y que no desaprobé ninguna prueba de capacidad de conducción en carretera en el estado de NY en los últimos 12 meses.

Si solicito una Licencia condicional o de uso restringido, certifico que pagaré el arancel total y otras tarifas necesarias para el programa de rehabilitación (si aplica), asistiré al programa (si es necesario), y conduciré teniendo en cuenta las condiciones necesarias requeridas para la licencia condicional o restringida. Comprendo que el incumplimiento de lo mencionado resultará en la revocación de mi licencia condicional o restringida, y en la reanudación de la suspensión o la revocación de mi licencia completa.

Si soy un hombre de al menos 18 años, pero menor de 26, comprendo que la presentación de esta solicitud deberá servir como consentimiento para el registro en el Sistema de Servicio Selectivo, si así lo requieren las leyes federales, y como autorización para el envío de mi información personal requerida para ese registro.

FIRME AQUÍ **X** _____ **FECHA:** ____/____/____

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA _____

OFFICE USE	EYE TEST RESULTS	Applicant's Signature	Examiner's Initials
	☐ Passed in Office ☐ Vision Registry ☐ Corrective Lens		

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN LA LICENCIA DE CONDUCIR, PERMISO DE APRENDIZ O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONDUCTOR DEL ESTADO DE NY

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD PARA EL EMPADRONAMIENTO ELECTORAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK

OFFICE USE ONLY

(Lea antes de completar el otro lado de la solicitud).

Use la solicitud de empadronamiento electoral del estado de NY para registrarse para votar en las elecciones del estado de NY o:

- modificar el nombre o la dirección en su registro como votante
- convertirse en miembro de un partido político
- modificar su membresía a un partido

Para registrarse debe:

- ser ciudadano de los EE. UU.
- tener 18 años al final de este año;
- no estar en prisión ni en libertad condicional como resultado de una condena por delito grave;
- no reclamar su derecho a votar en otra parte

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

Si no completa la Solicitud de empadronamiento electoral del estado de NY, se considerará que ha decidido no empadronarse para votar. Si rechaza la posibilidad de empadronarse para votar, el hecho de que haya decidido no empadronarse se mantendrá confidencial y se usará solo para fines del empadronamiento electoral. Si se empadrona para votar, la oficina a la que envíe el empadronamiento se mantendrá confidencial y se usará solo para fines del empadronamiento electoral. Si cree que alguien interfirió con su derecho a empadronarse o su rechazo a empadronarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si empadronarse o solicitar empadronarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, podrá enviar una queja a la Junta Electoral del estado de NY, 40 Steuben Street, Albany, NY 12207-2109 (teléfono: 1-800-469-6872).

Su solicitud completa se enviará a la Junta Electoral, y la Junta Electoral del condado le informará cuando su solicitud se haya procesado. Si tiene preguntas sobre cómo completar la solicitud para el empadronamiento electoral o sobre cómo empadronarse, deberá llamar a la Junta Electoral del condado o al 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY marque 711) (solo para preguntas sobre el empadronamiento electoral). Si vive en la ciudad de Nueva York, deberá llamar al 1-866-VOTE-NYC. También puede encontrar respuestas o herramientas en el sitio web de la Junta Electoral del estado de NY: www.elections.ny.gov

---

SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO ELECTORAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Solo complete esto si desea registrarse para votar o modificar su dirección u otra información en la Junta Electoral.

Si se registra para votar, su solicitud de empadronamiento electoral se enviará directamente a la Junta Electoral. Si opta por no registrarse, la decisión será confidencial. La Junta Electoral de su condado le informará cuando se haya procesado su solicitud de empadronamiento.

¿Es ciudadano de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No *Si responde NO, no podrá empadronarse para votar*	¿Será mayor de 18 años el día de las elecciones o antes de este? ☐ Sí ☐ No *Si responde NO, no podrá registrarse para votar salvo que tenga 18 a fin de año.*	Número de teléfono (opcional)

¿Votó anteriormente? ☐ Sí ☐ No ¿Qué año?	Información electoral modificada: omitir si no ha sufrido modificaciones o si no votó antes.	Su nombre era _____ Su dirección era	Su estado o condado del estado de NY era:

Partido político

Debe seleccionar 1 opción. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en elecciones primarias, un votante debe inscribirse en ese partido político salvo que las normas estatales de ese partido político permitan lo contrario.

Deseo inscribirme en el siguiente partido político:

- ☐ Partido Democrático
- ☐ Partido Republicano
- ☐ Partido Conservador
- ☐ Partido Verde
- ☐ Partido de Familias Trabajadoras
- ☐ Partido de la Independencia
- ☐ Partido por la Igualdad de las Mujeres
- ☐ Partido de la Reforma
- ☐ Otro _____

No deseo inscribirme en un partido político

- ☐ Sin partido

DECLARACIÓN JURADA: Juro o afirmo que

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- Habré vivido en el condado, ciudad o pueblo durante al menos 30 días antes de las elecciones.
- Cumplo todos los requisitos para empadronarme para votar en el estado de Nueva York.
- En la línea de abajo se muestra mi firma o marca.
- La información antes indicada es verdadera. Comprendo que si no es verdadera, me sentenciarán y deberé pagar una multa de hasta $5000 o iré a la cárcel hasta por cuatro años.

Firma **X** _____ Fecha _____

restablecer/borrar