

ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA AZUL O NEGRA.

Este formulario también está disponible en dmv.ny.gov

OFFICE USE ONLY
Image #

SOLICITUD DE:			PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:							
<input type="checkbox"/> Licencia	<input type="checkbox"/> Permiso	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Renovar	<input type="checkbox"/> Actualizar información	<input type="checkbox"/> Cambiar tipo	<input type="checkbox"/> Reemplazo	<input type="checkbox"/> Condicional	<input type="checkbox"/> Restringida	<input type="checkbox"/> Traspaso a Nueva York

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

¿Tiene o ha tenido una licencia de conducir, un permiso de conductor aprendiz o una tarjeta de identificación de no conductor del Estado de Nueva York? Sí No

Si solicita una tarjeta de identificación de no conductor, se cancelarán los privilegios de licencia de conducir del Estado de Nueva York.

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO COMPLETO

NOMBRE COMPLETO

SEGUNDO NOMBRE COMPLETO

¿Tiene o ha tenido una licencia de conducir que sea válida o que haya caducado 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 se emitió? _____

Fecha de caducidad: _____ Tipo de licencia: _____ N.º de ID de la licencia de otro estado: _____

SUFIJO

FECHA DE NACIMIENTO
Mes: _____ Día: _____ Año: _____

SEXO
 Masculino Femenino

ESTATURA
Pies: _____ Pulgadas: _____

COLOR DE OJOS

NÚMERO DE TELÉFONO (fijo/celular)
Código de área: _____
() _____

¿Ha cambiado su nombre? Sí No *Si la respuesta es "Sí", escriba su nombre anterior exactamente como aparece en su licencia de conducir o tarjeta de identificación de no conductor actual.*

OTRO CAMBIO: ¿Cuál es el cambio y el motivo de este (nuevo tipo de licencia, fecha de nacimiento incorrecta, etc.)?

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL* (SSN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Si alguna vez le emitieron un SSN, debe incluir el número. Las secciones 490(3) y 502(1) de la Ley de Vehículos y Tránsito (Vehicle and Traffic Law) nos dan la autoridad para obtener su SSN. La información se usará para el intercambio con otras jurisdicciones, para facilitar la verificación de la identidad y para sancionar la licencia de conducir según las secciones 510(4-e) y 510(4-f) de la Ley de Vehículos y Tránsito. Su SSN no se hará público.

Si nunca se le han emitido un Número de Seguro Social, marque esta casilla

DIRECCIÓN DONDE RECIBE SU CORREO - Incluya el nombre de la calle y el número, el servicio de entrega rural o la casilla postal (si tiene PO Box [Apartado postal], también llene "Dirección donde vive" abajo). ESTA DIRECCIÓN APARECERÁ EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD ESTÁNDAR

N.º de apto.	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado

DIRECCIÓN DONDE VIVE SI ES DIFERENTE DE SU DIRECCIÓN POSTAL. NO INCLUYA SU P.O. BOX. (APARTADO POSTAL). ESTA DIRECCIÓN APARECERÁ EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD MEJORADO/REAL

N.º de apto.	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado

¿HA CAMBIADO SU DIRECCIÓN POSTAL? Sí No ¿HA CAMBIADO LA DIRECCIÓN DONDE VIVE? Sí No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas de arriba, también se actualizarán con esta dirección todos los registros de vehículos vinculados con su número de identificación, a menos que marque esta casilla . Si está registrado para votar, su expediente de registro de votante se actualizará cuando complete y envíe este formulario. Si NO quiere que su nueva dirección aparezca en su expediente de registro de votante, marque esta casilla . Si no marca la casilla, su nueva dirección se enviará a la Junta Electoral (Board of Elections) del condado donde vive.

CONDICIÓN DE VETERANO Marque esta casilla si quiere que la palabra "Veteran" aparezca impresa en el frente de su documento con fotografía. Debe presentar un comprobante que indique que fue dado de baja de manera honorable del servicio militar (por ejemplo: DD-214, DD-215).

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

Para inscribirse en el Registro Donate LifeSM (Done vida) del estado de Nueva York, marque la casilla "Sí" y, después, firme y ponga la fecha abajo. Usted certifica que: es mayor de 16 años; da su consentimiento para donar órganos y tejidos para trasplantes e investigaciones; autoriza al Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV) a transmitir su nombre e información de identificación al Registro Donate Life; y autoriza a Donate Life del estado de Nueva York a darles acceso a esta información a las organizaciones de donación de órganos reguladas a nivel federal, y a los hospitales y bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York después de su muerte. La frase "ORGAN DONOR" (Donante de órganos) se imprimirá en el frente de su documento con fotografía del DMV. Recibirá una confirmación, que también le dará la oportunidad de limitar su donación. Si tiene 16 o 17 años, sus padres o tutores legales pueden cambiar su decisión en el momento de su muerte. Para obtener más información, comuníquese con Donate Life del estado de Nueva York en donatelife.ny.gov.

Marque esta casilla para hacer una contribución voluntaria de \$1 al fondo fiduciario Life...Pass It On para la investigación y difusión de la donación de tejidos y órganos. El cargo de transacción total incluirá la contribución de \$1.

Debe responder la siguiente pregunta:
¿Quiere que lo agreguen al Registro Donate Life?
 Sí (firme y ponga la fecha en el consentimiento de abajo)
 Omitir esta pregunta

Firma y fecha del consentimiento del donante

PREGUNTAS PARA EL REGISTRO DE VOTANTE (Marque "Sí" o "No").

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quiere presentar la solicitud para registrarse?
 Sí. Complete la sección de Solicitud de registro de votante (no es necesario si trae este formulario a la oficina del DMV).
 NO. No quiero registrarme/Ya estoy registrado.

NOTA: Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse como votante.

REGISTRO EN EL SISTEMA DE SERVICIO SELECTIVO (SSS) DE LOS ESTADOS UNIDOS

Todos los ciudadanos americanos y los inmigrantes de sexo masculino de entre 18 y 25 años deben registrarse en el Sistema de Servicio Selectivo (Selective Service System, SSS); de lo contrario, violarán la ley. Si no se registra, estará cometiendo un delito grave que se pena con hasta cinco años de prisión o una multa de \$250,000. Si no se registra antes de los 26 años, ya no podrá registrarse y perderá los beneficios asociados con el registro de manera permanente, y quedará inhabilitado para acceder a: la ciudadanía americana, si es inmigrante; los Subsidios Pell (Pell Grants) y la ayuda federal para estudiantes; los programas de capacitación laboral; y a todos los trabajos federales y postales, además de muchos empleos estatales. Si elige no registrarse, puede hacerlo marcando la casilla "No". Perderá los beneficios mencionados arriba. NO

COMPLETE Y FIRME LA PÁGINA 2. →

OFFICE USE ONLY

CDL Certifications	NI	NA	EI	EA	License Class	Special Conditions	<input type="checkbox"/> TEENS
Other Restrictions							
				Approved By	Date	Office	

ESTAS PREGUNTAS DEBEN RESPONDERSE PARA TODAS LAS TRANSACCIONES DE LICENCIAS O PERMISOS

1. ¿Se ha suspendido, revocado o cancelado su licencia de conducir, permiso de conductor aprendiz o privilegio para conducir un automóvil, o se ha rechazado su solicitud de licencia en este estado o en otro lugar con el nombre que incluye en este formulario o con cualquier otro nombre?
 Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿se ha restituido su licencia, permiso o privilegio, o se ha aprobado su solicitud?
 Sí No

2. ¿Ha recibido o recibe tratamiento, o toma algún medicamento para una condición que cause inconsciencia o pérdida de la conciencia (por ejemplo, un trastorno convulsivo, epilepsia, desmayos o mareos, o una enfermedad cardíaca)?
 Sí No

Si la respuesta es "Sí", debe enviar el formulario MV-80U.1, aunque haya quedado exento del Programa de revisión médica (Medical Review Program). Puede obtener este formulario en cualquier oficina del Departamento de Vehículos Motorizados o en dmv.ny.gov.

3. ¿Necesita un dispositivo de audición o un espejo retrovisor de visión completa para conducir un automóvil?
 Sí No

4. ¿Ha perdido la capacidad para usar una pierna, un brazo, una mano o un ojo?
 Sí No

4a. Si necesita renovar su licencia de conducir y marcó "Sí", ¿esto ocurrió desde que obtuvo su última licencia de conducir?
 Sí No

4b. Si respondió "NO" a la pregunta 4a, ¿ha empeorado su condición desde que obtuvo su última licencia de conducir?
 Sí No

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O EL TUTOR

Licencia juvenil Tarjeta de identificación de no conductor (menor de 16 años)

Soy el padre, la madre o el tutor del solicitante, y autorizo la emisión de un permiso de conductor aprendiz, una licencia o (si es menor de 16 años) una tarjeta de identificación de no conductor para él. Entiendo que soy responsable de certificar que el solicitante ha completado al menos 50 horas de "práctica" de conducción supervisada, incluso 15 horas de conducción después del atardecer, antes de que el solicitante haga una prueba en carretera, y que esta certificación (formulario MV-262) se debe presentar en el momento de la prueba en carretera. Nota para los padres o el tutor: Si el solicitante de la licencia de conducir tiene 17 años y un Certificado de finalización del curso de educación vial (Driver Education Student Certificate of Completion) (formulario MV-285), el consentimiento no es obligatorio.

Padre, madre o tutor
 Firme aquí

(Relación con el solicitante)

(Fecha)

Servicio de notificación de eventos electrónicos de adolescentes (TEENS)

Quiero inscribirme en el programa de Servicio de notificación de eventos electrónicos de adolescentes (Teen Electronic Event Notification Service, TEENS) para que me notifiquen si se registra una condena, suspensión, revocación o accidente en el expediente de la licencia del solicitante menor de 18 años. Para obtener más información sobre este programa, consulte el formulario MV-1046, Cómo inscribirse en TEENS (How to Enroll in TEENS), o el formulario MV-1056, Preguntas frecuentes sobre TEENS (TEENS FAQs). Es un servicio **GRATUITO**.

Número de identificación de la licencia de conducir, el permiso o la tarjeta de identificación de no conductor del Estado de Nueva York del padre o tutor que dio el consentimiento arriba (obligatorio)

SOLO PARA SOLICITANTES DE LICENCIAS DE CONDUCIR COMERCIALES

1. En los últimos 10 años, ¿le emitieron una licencia de conducir en otro estado en EE. UU. o en el Distrito de Columbia? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de cada uno. _____

2. ¿Está sujeto a alguna descalificación según la sección 383.51, título 49 del Código de Regulaciones Federales o la legislación de NYS? Sí No

3. DEBE certificar ante el DMV que usted conduce (o espera conducir) un automóvil comercial en alguno de estos cuatro tipos de conducción (seleccione una opción):

Interestatal no excluyente (NI): Se requiere un estado médico certificado. Es mayor de 21 años y conduce, o espera conducir, entre estados (de una manera que no sea excluyente).

Interestatal excluyente (EI): Es mayor de 18 años y conduce, o espera conducir, entre estados SOLO de manera excluyente. Debe tener una restricción A3.

Intraestatal no excluyente (NA): Se requiere un estado médico certificado. Es mayor de 18 años y conduce, o espera conducir, únicamente en el estado de Nueva York (de una manera que no sea excluyente).

Intraestatal excluyente (EA): Es mayor de 18 años y conduce, o espera conducir, SOLO de manera excluyente y ÚNICAMENTE en el estado de Nueva York. Debe tener restricciones A3 y K.

Si el tipo de conducción que seleccionó requiere un estado médico certificado (NI o NA), debe entregar una copia legible de su Certificado médico actual del Departamento de Transporte de los Estados Unidos (United States Department of Transportation, USDOT) al DMV, si todavía no está en el expediente. Consulte el formulario MV-44.5 del DMV si necesita más información para determinar su tipo de conducción.

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que he incluido en esta solicitud y en cualquier documentación entregada para respaldar esta solicitud es verdadera y está completa.

Entiendo que hacer una declaración falsa en esta solicitud, o presentar documentación falsa para respaldar esta solicitud, puede considerarse un delito penal. Si pido un documento de reemplazo, certifico que mi documento del Estado de Nueva York se ha extraviado o se ha roto, o me lo han robado.

Si traspaso una licencia de conducir de otro estado a una licencia de conducir del Estado de Nueva York, certifico que, cuando obtuve mi licencia de conducir de otro estado, era residente permanente del estado o de la provincia que emitió la licencia, que dicha licencia ha sido válida por un mínimo de 6 meses y que no he reprobado ninguna prueba de competencias para conducir en carretera en el estado de Nueva York en los últimos 12 meses.

Si pido una licencia de uso condicional o restringido, certifico que pagaré la matrícula completa y las demás cuotas requeridas del programa de rehabilitación (si corresponde), iré al programa (si se requiere) y conduciré según las condiciones requeridas para obtener la licencia de uso restringido o condicional. Entiendo que, si no lo hago, se revocará mi licencia restringida o condicional y se restablecerá la suspensión o revocación de mi licencia completa.

Si soy un hombre mayor de 18 años, pero menor de 26 años, a menos que haya seleccionado "No" en la opción de registro en el Sistema de Servicio Selectivo (SSS) de los Estados Unidos en la página 1, por la presente, acepto registrarme en el SSS y doy mi consentimiento para que el DMV envíe mi información personal al SSS para el registro.

FIRME AQUÍ

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA:

____ / ____ / ____

OFFICE USE	EYE TEST RESULTS	Applicant's Signature	Examiner's Initials
	<input type="checkbox"/> Passed in Office <input type="checkbox"/> Vision Registry <input type="checkbox"/> Corrective Lens		

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE EN EL ESTADO DE NUEVA YORK

(Léala antes de llenar la solicitud del otro lado).

OFFICE USE ONLY

Use la Solicitud de registro de votante en el Estado de Nueva York (New York State, NYS) para registrarse para votar en las elecciones de NYS, o:

- Cambiar el nombre o la dirección en su registro para votar.
- Afiliarse a un partido político.
- Cambiar de partido político.
- Registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para inscribirse:

- Debe ser ciudadano de EE. UU.
- Debe tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18).
- No estar en prisión por una condena por un delito grave.
- No debe reclamar el derecho a votar en otro lugar.
- No debe haber sido declarado incompetente por un tribunal.

Si no completa la Solicitud de registro de votante en el estado de Nueva York, se considerará que no quiere registrarse para votar. Si no quiere registrarse para votar, su decisión será confidencial y se usará exclusivamente para el registro de votantes. Si se registra para votar, la oficina a la que envíe su solicitud de registro de votante será confidencial y se usará exclusivamente para el registro de votantes. Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a no querer registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si quiere registrarse o al presentar la solicitud para registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral del Estado de Nueva York, a: New York State Board of Elections, 40 North Pearl Street, Albany, NY 12207-2729 (teléfono: 1-800-469-6872).

Se enviará su solicitud completa a la Junta Electoral, y la Junta Electoral de su condado le enviará una notificación cuando se haya procesado su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar la solicitud de registro de votante o sobre cómo registrarse para votar, debe llamar a la Junta Electoral de su condado o al 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY: marque 711) (solo para hacer preguntas sobre el registro de votantes). 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 Electoral del Estado de Nueva York: www.elections.ny.gov.

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

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE EN EL ESTADO DE NUEVA YORK

Solo complete esta sección si quiere registrarse para votar, o cambiar su dirección u otra información en la Junta Electoral.

¿Es ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si su respuesta es "No", no puede registrarse para votar.</i>	¿Será mayor de 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha votado antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En qué año?	¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para poder votar y que, hasta que tenga 18 años en el momento de dichas elecciones, su registro se marcará como "pendiente" y usted no podrá emitir su voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "No" a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.
Más información (opcional)	Información para votar que ha cambiado: Omita este paso si esto no ha cambiado o si no ha votado antes. Su nombre era _____ Su dirección era _____ Su estado o su condado del estado de Nueva York era: _____ Correo electrónico _____ Número de teléfono _____

Partido político
Debe seleccionar 1 opción. La afiliación a un partido político es opcional pero, para votar en las elecciones primarias de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las normas estatales del partido permitan lo contrario.

Quiero afiliarme a un partido político:

- Partido Demócrata
- Partido Republicano
- Partido Conservador
- Partido de Familias Trabajadoras
- Otro: _____

No quiero afiliarme a ningún partido político y quiero seguir siendo un votante independiente.

- Ningún partido

DECLARACIÓN JURADA: Juro o declaro que:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- Habré vivido en el condado, la ciudad o el pueblo durante por lo menos 30 días antes de las elecciones.
- Cumpló 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 indicada arriba es verdadera. Entiendo que, si no lo es, puedo recibir una condena y una multa de hasta \$5,000, o me pueden encarcelar hasta por cuatro años.

Firma **X** _____ Fecha _____