



**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

ASIGNADO # \_\_\_\_\_

Aplicación para:  Licencia de Conducir  Tarjeta de Identificación Clase (escoja una):  A  B  C  Motocicleta:  S  N  
 Escoja una:  Original  Renovación  Reemplazo  Modificar  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: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 \*Pueden aplicar las tarifas de mensajes estándar y de datos.

**¿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

- ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si no es, pase a la pregunta 3.
- 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.*
- ¿Es usted veterano? Si no lo es, siga a la pregunta 4.  
  a.) ¿Está incapacitado 60% y recibe recompensa y desea renunciar el costo de la aplicación? (Prueba de Incapacitación requerida)  
  b.) ¿Desea que se indique en su DL o ID que es Veterano Incapacitado? o,  
  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)  
  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:  
 Army  Air Force  Coast Guard  Marines  Navy
- ¿Tiene alguna afluencia de salud que le puede impedir comunicarse con un oficial? (Medico debe preparar Forma DL-101)
- ¿Desea registrarse como donador de órganos? Sí = Agregar/Mantener mi nombre en el Registro de Done Vida Texas (Agregar/Mantener el Símbolo del Corazón del Héroe)  
 No = No agrega su nombre al Registro y no elimina su nombre si ya está registrado\*  
 \*Al seleccionar no, debe eliminar su nombre del registro de Done Vida Texas en [www.donatelifetexas.org/my-dlt/](http://www.donatelifetexas.org/my-dlt/). Ingrese su información para obtener acceso a su registro. Al hacerlo, tendrá la opción de eliminar su nombre del registro.
- ¿Desea donar al Programa de detección y tratamiento de la ceguera? Si es así, indique un monto de donación de \$1 o más \$\_\_\_\_\_00
- ¿Desea apoyar el registro de donantes de Glenda Dawson Donate Life Texas? Si es así, indique un monto de donación de \$1 o más \$\_\_\_\_\_00.
- ¿Quiere apoyar a los veteranos de Texas? Si es así, indique un monto de donación de \$1 o más \$\_\_\_\_\_00.
- ¿Quiere apoyar la realización de pruebas de agresiones sexuales? Si es así, indique un monto de donación de \$1 o más \$\_\_\_\_\_00
- ¿Quiere apoyar la emisión de una licencia de conducir o una identificación para jóvenes en hogares de acogida o sin hogar? Si es así, indique un monto de donación de \$1 o más \$\_\_\_\_\_00
- ¿Quiere donar al Programa de Apoyo a la Adopción? Si es así, indique un monto de donación de \$1 o más \$\_\_\_\_\_00

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

**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 dro gas 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, tarjeta de identificación o permiso de conducir en Texas o otro estado o jurisdicción extranjera?  
Indique el (los) estado(s) o jurisdicción extranjera: \_\_\_\_\_  
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 consciencia, 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 treinta días del cambio.

**X** Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

No se permite firma digital/electrónica; se requiere una firma original en tinta.

Jurado y suscrito ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

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