



DL-14BS - SOLICITUD DE UNA LICENCIA DE CONDUCIR (DL) O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE TEXAS (MENOR DE EDAD – BAJO DE 17 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD)

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 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: _____

INFORMACIÓN REQUERIDA DE TODOS LOS SOLICITANTES

SI NO

- 1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?
- 2. ¿Tiene alguna afección de salud que le puede impedir comunicarse con un oficial? (Medico debe preparar Forma DL-101)
- 3. ¿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/. Ingrese su información para obtener acceso a su registro. Al hacerlo, tendrá la opción de eliminar su nombre del registro.
- 4. ¿Desea donar \$1.00 al Programa de Educación, Evaluación y Tratamiento para la Ceguera?
- 5. ¿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.
- 6. ¿Desea apoyar los Veteranos de Texas? En caso afirmativo, indique la cantidad de su donación de \$1.00 o más \$_____.00.
- 7. ¿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)
- 8. ¿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

- 1. ¿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 : _____
- 2. ¿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? _____
- 3. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión epiléptica, convulsión, pérdida de consciencia u otra convulsión?
- 4. ¿Tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina?
- 5. ¿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?
- 6. En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra afección médica grave? Por favor de elaborar: _____
- 7. ¿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

- 1. ___ ___ ¿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?
- 2. ___ ___ ¿Está inscrito o ha completado un curso aprobado de educación de conducir?
- 3. ___ ___ ¿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

- 1. ___ ___ ¿Es Usted propietario de un vehículo motorizado que debe estar registrado (Código de Transporte de Texas, sección 502.040)?
- 2. ___ ___ ¿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)?

La ley de Texas requiere que el Departamento de Seguridad Pública de Texas proporcione a cada solicitante menor de edad (menor de 18 años) y cosignatario, para una licencia de conducir en Texas, información educativa sobre las leyes estatales relacionadas con la conducción distraída, la conducción en estado de ebriedad, la conducción de un menor con alcohol en el sistema del menor y la ley de consentimiento implícito. El solicitante menor y el cosignatario deben acusar recibo de esta información antes de la emisión de cualquier licencia o permiso de conducir. Por la presente acuso recibo de esta información.

Solicitante menor Padre/Tutor Legal Fecha de recibo

PADRES / RENUNCIA DE AUTORIZACIÓN DE PADRES (CERTIFICAR A UNA AUTORIZACIÓN SOLAMENTE)

AUTORIZACIÓN PARENTAL

Juro, afirmo o certifico solemnemente que soy la persona nombrada aquí, que las declaraciones en esta solicitud son verdadera y correcta, que el solicitante mencionado anteriormente es mi (escoja una): ___ niño ___ hijastro ___ pupilo, y que tengo la custodia legal del solicitante. Autorizo al departamento de Seguridad Pública para emitir una licencia de Clase (escoja una): ___ A, ___ B, ___ C, or ___ M a dicho menor. El Departamento puede acceder a la inscripción escolar de dicho menor desde la Agencia de Educación de Texas, y un el administrador de la escuela o el oficial de la ley está autorizado a notificar al Departamento si dicho el menor está ausente por al menos 20 días de instrucción consecutivos.

Firma usual escrita del padre o tutor legal Número de licencia de conducir Fecha

RENUNCIA DE AUTORIZACIÓN DE PADRES

Soy menor de edad y no estoy obligado a tener autorización de los padres para recibir una licencia de Clase (escoja una): ___ A, ___ B, ___ C o ___ M porque presento un ___ certificado de matrimonio, ___ decreto de divorcio, ___ evidencia satisfactoria de matrimonio o haber estado casado ___ u orden judicial que demuestre la eliminación de discapacidades de minoría.

Firma del solicitante DL Empleado Firma Acid

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.

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.

X Firma del solicitante Fecha

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

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