Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) del Estado de Nueva York

SOLICITUD PARA OBTENER LA LICENCIA DE CONDUCIR O UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONDUCTOR

*SÍRVASE ESCRIBIR CON **LETRA DE IMPRENTA** CLARA.*

Batch File No.
Image No.
LRC LAM LRN LDP LNO LIS LIN POR PAM PRN PDP

Este formulario está disponible también en el sitio Web del DMV en: **www.dmv.ny.gov**

Si está interesado en solicitar una Licencia de Conducir Mejorada o una Tarjeta de Identificación de No Conductor (EDL/ID), o para cambiar su documento actual del Estado de NY por un EDL/ID, sírvase ver los formularios MV-44EDL y MV-44.1EDLS.

SOLICITO (*Marque la casilla que corresponda*)

☐ **Permiso de Aprendiz** ☐ **Tarjeta de Identificación** ☐ **Renovación** ☐ **Reemplazo** ☐ **Cambio** ☐ **Cambio de una licencia de otro estado, del Distrito de Columbia o de una provincia canadiense por una licencia del estado de NY**

PREGUNTAS SOBRE EL REGISTRO DEL VOTANTE (*Sírvase contestar "sí" o "no"*)

Si no se ha registrado para votar donde vive actualmente, ¿desea solicitar el registro? O en caso de que cambie de domicilio, ¿desea notificar el cambio a la Junta Electoral?

NOTA: Si no marca ningún casillero, se considerará que ha decidido no registrarse para votar.

☐ *SÍ* - Completar la Sección de la solicitud para el registro de votantes.

☐ *NO* - No deseo registrarme/ya estoy registrado/No deseo notificar mi cambio de domicilio a la Junta Electoral.

REGISTRO DE DONANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK ***FIRME A CONTINUACIÓN*** ♥ para inscribirse en el Registro Donate Life del Departamento de Salud del Estado de NY. **Mediante su firma, certifica que: tiene por lo menos 18 años de edad; está de acuerdo con donar todos sus órganos y tejidos para uso en trasplantes, investigación o ambos; autoriza al DMV pasar su nombre e información de identificación al DOH para inscribirlo en el registro; y autoriza a DOS permitir el acceso a esta información a organismos de donación de órganos reglamentados por el gobierno federal y a los bancos de tejidos y ojos y hospitales autorizados por el Estado de NY cuando usted fallezca. Se imprimirá** "ORGAN DONOR" *(DONANTE DE ÓRGANOS) EN LA FAZ DE SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO. Recibirá una carta de confirmación del DOH, la cual le brindará la oportunidad de limitar su donación.*

♥ Firma de consentimiento del donante: ➧ _____ Fecha :_____

☐ Marque este casillero si desea contribuir voluntariamente con $1 al Life…Pass It On Trust Fund. La donación de $1 se agregará al total de la tarifa de trámite. Todas las contribuciones al Fondo se utilizan para la investigación de donación y trasplante de órganos y de proyectos educativos para promover la donación de órganos y tejidos.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN ¿Tiene o ha tenido

una Licencia de conducir de NY? . . ☐ Sí ☐ No **o**
un Permiso de aprendiz de NY? . . . ☐ Sí ☐ No **o**
una tarjeta de no conductor de NY? . ☐ Sí ☐ No

Si ha contestado "Sí" escriba el número de identificación según aparece en la licencia, permiso de aprendiz o tarjeta de identificación de no conductor.→

NÚMERO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR, PERMISO DE APRENDIZ, o DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONDUCTOR

APELLIDO COMPLETO

PRIMER NOMBRE COMPLETO

SEGUNDO NOMBRE COMPLETO

¿Tiene actualmente o ha tenido anteriormente una licencia de otro estado de EE.UU., del Distrito de Columbia o de una provincia canadiense que es válida o que venció el año pasado? ☐ Sí ☐ No

Si ha contestado "Sí", ¿dónde se emitió? _____

Fecha de Vencimiento: | Tipo de Licencia: | No. de la Licencia de Conducir:

SUFIJO | **FECHA DE NACIMIENTO** Mes / Día / Año | **SEXO** Hombre ☐ Mujer ☐ | **ESTATURA** Pies / Pulgadas | **COLOR DE OJOS** | **NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO** *(Opcional)* Código de área ( )

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL* **(SSN)** *Usted debe proporcionar su número de seguro social. La autoridad para solicitar su número de seguro social está concedida conforme las Secciones 490.3 y 502 de la Ley de Vehículos y Tráfico. La información se utilizará sólo con otras jurisdicciones para verificar la identidad y acogerse a las sanciones de licencia del conductor conforme a la Ley de Vehículos y Tráfico, Artículo 510 (4-e). Su número no se entregará al público ni aparecerá en ningún formulario ni solicitud de información.

DOMICILIO DONDE RECIBE SU CORRESPONDENCIA *- Incluya número y nombre de la calle, buzón o entrega en áreas rurales (Si tiene una Casilla Postal, llene también la sección "Domicilio Particular")*

	Apt. No.	Ciudad o pueblo	Estado	Código Postal	País

DOMICILIO PARTICULAR *SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL - NO INDIQUE UNA CASILLA DE CORREO. ESTA DIRECCIÓN APARECERÁ EN SU LICENCIA DE CONDUCIR*

	Apt. No.	Ciudad o pueblo	Estado	Código Postal	País

¿Ha cambiado su nombre? ☐ Sí ☐ No ¿Ha cambiado su dirección postal? ¿Ha cambiado el domicilio particular? ☐ Sí ☐ No

Si ha contestado "Sí", escriba su nombre anterior exactamente como aparece en su licencia actual o en la tarjeta de identificación de no conductor. ☐ Sí ☐ No

OTRO CAMBIO: ¿Cuál es el cambio y la razón del mismo (nueva clase de licencia, fecha de nacimiento errónea, etc.)?

SÍRVASE COMPLETAR Y FIRMAR LA PÁGINA 2. →

FOR OFFICE USE

Other Restrictions | Endorsements | Vehicle Restrictions

License Class: **A B C NCDL-C D DJ E ID M MJ**

Special Conditions: **AM PP DP LR LS BC ML NF UC UP UR X8 XT**

STOP/RESPONSE
☐ Failed to answer summons ☐ Insurance lapse ☐ TEENS
☐ License/Permit Surrendered for Non-Driver ID Card

Proof Submitted: ☐ Birth Certificate ☐ Driver License/ID ☐ MV-45 ☐ Passport ☐ Learner Permit ☐ INS Papers ☐ Credit Card ☐ Image Retrieval ☐ Social Security Card ☐ Medical Certificate (CDL Only)
Other:

Approved By | Date | Office

SOLAMENTE PARA LOS SOLICITANTES DE LA LICENCIA DE CONDUCIR y PERMISO DE APRENDIZ

1. ¿Ha tenido o lo están tratando de alguno de los siguientes trastornos o tiene una discapacidad anterior que ha empeorado? ☐ Sí ☐ No Si ha contestado "Sí", marque todos los casilleros pertinentes.

☐ 1. Convulsiones, epilepsia, desmayos o mareos o alguna condición que cause la falta de conocimiento
☐ 2. Enfermedad cardíaca
☐ 3. Problemas de audición
☐ 4. Pérdida de movilidad en una pierna, brazo, pie, mano o visión en un ojo
☐ 5. Otro (explicar) _____

Si ha marcado el casillero 1, usted y su médico deberán completar el formulario MV-80U.1, "Declaración Médica para la Unidad de Revisión Médica"; si ha marcado el casillero 2, su médico debe completar el formulario MV-80, "Declaración del Medico". Puede obtener estos formularios en cualquier oficina de Vehículos Motorizados o en www.dmv.ny.gov. Si ha marcado los casilleros 3, 4, ó 5, debe comunicarse con una oficina de Vehículos Motorizados para recibir instrucciones.

2. ¿Le han suspendido, revocado o cancelado su licencia de conducir, permiso de aprendiz o privilegio para operar un vehículo motorizado, o le han denegado su solicitud para obtener una licencia en este estado o en alguna otra parte? ☐ Sí ☐ No

Si ha contestado "Sí", le han restablecido la licencia, el permiso o el privilegio, o le han aprobado la solicitud? ☐ Sí ☐ No

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR ☐ Licencia Junior ☐ Tarjeta de Identificación de no conductor (*menor de 16 años*)

Soy el padre, madre o tutor del solicitante y autorizo la emisión del permiso de aprendiz, licencia o tarjeta de identificación de no conductor (si es menor de 16 años). Comprendo que soy responsable de certificar que el solicitante completó al menos 50 horas de conducción supervisada de "práctica", incluyendo 15 horas después del atardecer, antes de presentarse al examen práctico y que esta certificación (MV-262) debe presentarse al momento del examen práctico. Nota para el padre/madre/tutor: *Si el solicitante de la licencia de conducir tiene 17 años y tiene el Certificado de Finalización de Educación Vial (MV-285), está autorización no es necesaria*.

El padre, madre o tutor debe Firmar aquí ➧ _____ _____ _____

(Relación con el solicitante) (Fecha)

Servicio electrónicode notificación de incidentes de los adolescentes (TEENS)

Me gustaría inscribirme en el programa TEENS para que se me notifique si el solicitante menor de 18 años registra alguna condena, suspensión, anulación o accidente en el historial de su licencia. Para obtener más información sobre este programa, lea "Cómo inscribirse en TEENS" en el formulario MV-1046, o "TEENS FAQs" en el formulario MV-1056. Este servicio es ***GRATIS***. ⟶

Número de Identificación de NYS del Padre/Madre/Tutor- Obligatorio

SOLAMENTE PARA LOS SOLICITANTES DE UNA LICENCIA DE CONDUCIR COMERCIAL *Responda las preguntas 1 y 2 a continuación:*

1. ¿En los últimos 10 años, ha tenido una licencia de conducir del Distrito de Columbia o de algún estado de los Estados Unidos, que no sea Nueva York? ☐ Sí ☐ No

*Si ha contestado **"SÍ"**, indique los nombres de todos los estados o DC, pero si está presentando una licencia de otro estado, no mencione ese estado:* _____

_____

2. ¿Certifica que cumple con los requisitos del gobierno federal establecidos en la sección 391 del CFR en 49 y posee un Certificado de Examinador Médico válido? ☐ Sí ☐ No

*Si ha contestado **SÍ**, usted **debe** presentar su Certificado Médico para comprobar que usted cumple con los estándares.*

*Si la respuesta es **NO**, ¿su capacidad de conducir **vehículos comerciales** estará limitada a **vehículos municipales y/o autobuses escolares únicamente?*** ☐ Sí ☐ No

IMPORTANTE: Para obtener una explicación de los requisitos y operaciones que no requieren de un Certificado de Examinador Médico de 49 CFR 361, consulte el formulario MV-44.5: Requisitos Federales para Solicitar Licencias de Conducir Comerciales

CERTIFICACIÓN Certifico que la información que he indicado en esta solicitud es verdadera. Si solicito la renovación de mi licencia, certifico tener una visión de 20/40 o mejor en ambos ojos, con o sin lentes correctivos. Si solicito una licencia de prórroga o una tarjeta de identificación de no conductor, certifico el robo, extravío o mutilación de la licencia o tarjeta de identificación de no conductor y que, de encontrar la licencia o tarjeta de identificación de no conductor, la entregaré al Departamento de Vehículos Motorizados. Si solicito la sustitución de una licencia de otro estado por una del estado de Nueva York, certifico haber sido residente permanente del estado o provincia en la que se emitió mi licencia al momento de emisión, que dicha licencia ha sido válida por al menos 6 meses y que no he reprobado ninguna prueba de conducción en el Estado de Nueva York en los últimos 12 meses. Si soy un hombre, de entre 18 y 26 años, consiento a ser inscrito con el Sistema de Servicio Selectivo (SSS), si así lo requiere la ley federal. Autorizo el envío de mi información personal necesaria para la inscripción. Mi firma a continuación también autoriza el uso de mi tarjeta de crédito, si corresponde.

IMPORTANTE: Realizar declaraciones falsas en cualquier licencia o identificación de no conductor, o en cualquier prueba o declaración relacionada con la misma, o engañar o substituir o hacer que otra persona engañe o substituya algo relacionado a tal solicitud, es un delito contemplado en la Sección 392 de la Ley de Vehículos y Tráfico, y puede causar la revocación o suspensión de su licencia o tarjeta de identificación de no conductor.

FIRME AQUÍ ➧ _____ **SÍRVASE ESCRIBIR SU NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA** ➧ _____

AUTORIZACIÓN DEL USO DE LA TARJETA DE CRÉDITO SI EL SOLICITANTE NO ES EL TITULAR DE LA TARJETA:

Mi firma autoriza a _____para que use mi tarjeta de crédito a fin de pagar los honorarios pertinentes relacionados con esta solicitud, y entiendo que debo estar presente durante esta transacción.

Firme aquí ➧ _____

(Cardholder-Sign Name in Full)

OFFICE USE

TEST RESULTS	Applicant's Signature	Examiner's Initials
Eye ☐ Pass ☐ Corrective Lens	1	
Written ☐ Pass ☐ Fail	2	

MV-44S (5/11) **INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD PARA REGISTRARSE COMO VOTANTE DEL ESTADO DE NUEVA YORK**

(Antes de completar la solicitud, sírvase leer la información que figura abajo.)

OFFICE USE ONLY

Podrá usar este formulario para:

- registrarse para votar en el estado de Nueva York
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se mudo después de la ultima vez que voto
- inscribirse en un partido político o cambiar su inscripción

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

中文資料：如果你有興趣索取選民中文登記表請電 1-800-367-8683

Para registrarse, usted debe:

- ser ciudadano de los EE.UU.
- tener 18 años de edad al 31 de diciembre del año en que presento este formulario *(nota: debe tener 18 años de edad en la fecha de la elección general, primaria u otra elección en la que desee votar)*.
- Vivir en el condado, ciudad o pueblo en que planea votar, por lo menos 30 días antes de la elección.
- no estar en la cárcel ni bajo libertad condicional por un delito mayor
- no reclamar el derecho a votar en ningún otro lugar

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar este formulario de solicitud en privado.

Si considera que alguna persona ha interferido en su derecho a registrarse o no para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o solicitar el registro para votar, o en su derecho para seleccionar su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante al Junta Electoral del estado de Nueva York, 40 Steuben Street, Albany NY 12207-2109, teléfono 1-800-469-6872.

Si tiene alguna duda sobre cómo registrarse para votar, debe llamar a la junta electoral del Condado o al 1-800-FOR-VOTE (solo para preguntas sobre el Registro del Votante). Si vive en la ciudad de Nueva York, debe llamar al 1-212-VOTE-NYC. Las personas con problemas auditivos que tengan TDD pueden llamar al 1-800-533-8683. Para obtener más información, también puede visitar nuestro sitio web: www.elections.state.ny.us.

SOLICITUD PARA EL REGISTRO DEL VOTANTE EN EL ESTADO DE NUEVA YORK - (Llene esta sección sólo si desea registrarse para votar o cambiar su domicilio u otra información con la Junta Electoral **y** si también tiene la intención de llenar la solicitud del DMV que aparece más arriba).

Si se registra para votar, su solicitud para registrarse como votante se enviará directamente a la Junta Electoral. Si no desea registrarse, su decisión será confidencial. La Junta Electoral de su condado le notificará cuando se haya procesado su solicitud para registrarse como votante.

¿Es ciudadano de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No *Si ha respondido **NO**, no llene este formulario.*	Tendré 18 años el día de la elección: ☐ Sí ☐ No *Si ha respondido **NO**, no llene este formulario, a menos que cumpla 18 años a finales del año.*	Número de teléfono particular (opcional) Código de área ( )

Último año en que votó	Su dirección era *(indique el número de la casa, calle y ciudad)*	En qué condado/estado	Bajo el nombre *(Si es diferente de su nombre actual)*

Seleccione un Partido – Marque un casillero solamente

- ☐ PARTIDO DEMÓCRATA
- ☐ PARTIDO REPUBLICANO
- ☐ PARTIDO INDEPENDIENTE*
- ☐ PARTIDO CONSERVADOR
- ☐ PARTIDO DE FAMILIAS TRABAJADORAS

Tenga en cuenta que: para votar en la **elección primaria**, debe estar inscrito en un partido. *Excepto el Partido Independiente que permite votar en sus elecciones primarias a personas que no están inscritas.

- ☐ OTRO (indíquelo) _____
- ☐ NO DESEO INSCRIBIRME EN NINGÚN PARTIDO

MV-44S (5/11)

DECLARACIÓN JURADA: Juro o afirmo que

- Soy ciudadano(a) de los Estados Unidos.
- He vivido en el condado, ciudad o pueblo por lo menos 30 días antes de las elecciones.
- Cumplo con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York.
- En la línea a continuación aparece mi firma o marca.
- La información anterior es verdadera. Tengo entendido que si no es verdadera puedo ser condenado y multado hasta un máximo de 5,000 dólares y/o un periodo de encarcelamiento máximo de 4 años.

↓ Firma o marca ↓

X _____ Fecha _____