

LICENCIA DE CONDUCIR DE DAKOTA DEL SUR / IDENTIFICACIÓN SOLICITUD DE TARJETA

(Imprimir en Tinta Negra)

LICENCIA DE CONDUCIR/NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL --

Circule Uno:

NOMBRE _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ Jr Sr II III IV FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Sexo _____
Mes Día Año

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ Apt # _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ (Si es diferente de lo anterior) CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

ALTURA _____ PIES _____ PULGADAS PESO _____ COLOR DE OJOS _____ CONDADO _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO _____

ESTOY SOLICITANDO: ___ LICENCIA DE CONDUCIR ___ PERMISO DE INSTRUCCION ___ TARJETA DE IDENTIFICACION

CLASE DE LICENCIA DE CONDUCTOR: _____

Coche/Camión Ligero/Ciclomotor: _____ Coche/Camión ligero/Ciclomotor/Motocicleta: _____ Sólo Motocicleta: Licencia de Conducir Comercial (CDL):
___ Clase 1 ___ Clase 2 ___ Clase 3 ___ CDL (Completar la Sección A, B a continuación y sección D en la página 2)

SECCIÓN A: TODOS LOS SOLICITANTES+

1. Sí ___ NO ___ ¿Tiene un Testamento Vital y desea que se indique en su licencia?
2. Sí ___ NO ___ ¿Tiene Poder Notarial Duradero para Atención Médica y desea que se indique en su licencia?
3. Sí ___ NO ___ ¿Está actualmente atrasado en los pagos de manutención infantil de \$1,000 o más?
4. Sí ___ NO ___ ¿Tiene actualmente licencia para conducir en otro estado/país?
En caso afirmativo, ¿en qué estado/país? _____ # DE LICENCIA _____
5. Sí ___ NO ___ ¿Tiene actualmente una Tarjeta de Identificación emitida en cualquier otro estado/país?
En caso afirmativo, ¿en qué estado/país? _____ # DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN _____
6. Sí ___ NO ___ ¿Tiene actualmente o ha tenido su derecho a conducir suspendido, revocado, cancelado, descalificado o denegado?
En caso afirmativo, ¿Cuándo? _____ ¿Qué Estado? _____ ¿Razón? _____
7. Sí ___ NO ___ ¿Ha experimentado, en los últimos doce meses, algún episodio epiléptico o neuroléptico u otras convulsiones, ataques, o pérdidas de conocimiento? En caso afirmativo, indique la fecha del último episodio. _____
8. Sí ___ NO ___ ¿Está actualmente en servicio activo, o dependiente de una persona en servicio activo, en las Fuerzas Armadas de EE.UU.? (Debe mostrar Tarjeta de Identificación)
9. Sí ___ NO ___ ¿Alguna vez ha sido conocido/a por algún otro nombre, **incluyendo** el nombre de soltero/a?
En caso afirmativo, qué nombre(s) _____
10. Sí ___ NO ___ ¿Es usted ciudadano/a de los Estados Unidos? (Si no, debe mostrar documentos que demuestren el estatus legal.)
11. Sí ___ NO ___ ¿Quiere que su licencia indique que usted es veterano/a? **Debe demostrar baja honorable proporcionando el Formulario militar DD 214, Formulario DD 2 (retirado), Formulario DD 2A (retiro de reserva), Nacional Guardia Forma NGB22, o certificado firmado por un oficial de servicio de veteranos.**

- En caso de mi muerte, me gustaría ser donante de órganos/tejidos.
- Para eliminar un indicador de donante existente en su tarjeta escriba "eliminar" aquí junto a su inicial _____ .

SECCION B: REGISTRO DE VOTANTES

La información se utilizará para actualizar su registro de votante o registrarlo para votar.

No use mi información para fines de registro de votantes. (Tu decisión de no registrarte para votar es confidencial. Si te registras, el lugar donde te registras es confidencial.)

Elección de partido _____ Si usted está actualmente registrado para votar y deja el campo de elección de partido en blanco usted permanecerá registrado en su afiliación de partido actual. Si usted no está actualmente registrado para votar y deja la elección de partido en blanco, será ingresado/a como un votante independiente/sin afiliación de partido, que no es un partido político en Dakota del Sur.

Donde se registró por última vez: Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Declaro, bajo pena de perjurio (2 años de prisión y \$4,000 de multa), que:

- * Soy ciudadano/a de los Estados Unidos de América;
- * Actualmente vivo y no tengo la intención de dejar la dirección anterior;
- * Tendré 18 años en o antes de las próximas elecciones;
- * No he sido juzgado mentalmente incompetente;
- * Actualmente no estoy cumpliendo una sentencia por una condena por delito grave; y
- * Autorizo la cancelación de mi registro anterior.

SECCION C: CERTIFICACIÓN DE LICENCIA/TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PERDIDA

Si está solicitando un duplicado, renovación o transferencia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación, y ha perdido la última licencia de conducir/tarjeta de identificación que se le ha emitido, complete esta sección:

He perdido o destruido la última licencia de conducir o tarjeta de identificación que me ha sido emitida por el estado de _____ y no está en mi posesión ahora. Entiendo plenamente de que, al hacer esta declaración, dicha licencia/tarjeta de identificación es nula y sin efecto y no puede ser utilizada para operar un vehículo motorizado o para fines de identificación.

COMPRENDO que yo, como operador/a de un vehículo motorizado en este Estado, he dado mi consentimiento para la sustracción de mi sangre u otra sustancia corporal de acuerdo con la SDCL 32-23-10, que requiere someterme a la sustracción de sangre u otras sustancias corporales después de ser arrestado/a por una violación de la SDCL 32-23-1. Declaro y afirmo bajo las penas de perjurio que esta solicitud ha sido examinada por mí, y en la medida de mis conocimientos y creencias, es en todas las cosas verdadera y correcta. Cualquier declaración falsa u ocultación de cualquier hecho material somete cualquier licencia emitida a su cancelación inmediata. Doy mi consentimiento para la publicación de mi información de registro de conducción.

Certifico que, si lo requiere la ley, ya me he registrado en el Servicio Selectivo; o si no me he registrado estoy dando su consentimiento para el registro como lo exige la ley Federal. Autorizo al Departamento de Seguridad Pública a reenviar mi información personal necesaria para dicho registro a los EE. UU. Sistema de Servicio Selectivo de conformidad con SDCL 32-12-17.12 y SDCL 32-12A-7.1.

Entiendo que al emitir una licencia de conducir o tarjeta de identificación en el estado de Dakota del Sur, cualquier licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida previamente por otro estado será cancelada.

FIRMA: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____

Su firma aquí se aplica a toda la solicitud

SECCIÓN D: SÓLO SOLICITANTES DE LICENCIA DE CONDUCIR COMERCIAL (CDL)

Estoy solicitando: ___ CLASE A (Vehículo Combinado) ___ CLASE B (Vehículo de Transporte Pesado) ___ CLASE C (Vehículo Comercial de menos de 26.001 libras con endosos aplicables)

ENDOSOS COMERCIALES: ___ PASAJERO (P) ___ DOBLE/TRIPLE TRAILER (T) ___ MATERIALES PELIGROSOS (H) ___ CDL ESTACIONAL (W)
 ___ 90 días o ___ 180 días

___ AUTOBÚS ESCOLAR (S) ___ VEHÍCULOS DE TANQUE (N) ___ TANQUE DE COMBINACIONES/MATERIALES PELIGROSOS(X) ___ MOTOCICLETA (3)

1. Sí ___ NO ___ voy a operar un vehículo equipado con frenos neumáticos.
2. Marque una de las siguientes: (NI) ___ Conduzco interestatal y estoy sujeto/a a 49 CFR PARTE 391 (**presente certificado médico válido**).
 (EI) ___ Conduzco interestatal y estoy exceptuado de 49 CFR PARTE 391.
 (EA) ___ Conduzco sólo interestatal y no estoy sujeto/a a 49 CFR Parte 391.
 (NA) ___ Conduzco interestatal y estoy sujeto/a a 49 CFR Parte 391 de acuerdo con SDCL 32-12A-24 (Solo Interestatal)
(presente certificado médico válido)
3. Sí ___ NO ___ **SOLICITANTES DE AUTOBÚS ESCOLAR:** ¿Ha sido condenado/a por DUI en los últimos tres años, o alguna vez ha sido condenado/a por cualquier delito que implique vileza moral?
4. Sí ___ NO ___ ¿Ha tenido una licencia en cualquier otro estado, provincia o país en los últimos 10 años? En caso afirmativo, indique dónde _____.

CDL Downgrade:

Estoy eligiendo dejar mi CDL. Entiendo que cuando/si quiero obtener mi licencia CDL nuevamente, tendré que completar todas las pruebas de conocimientos y habilidades requeridas. Iniciales: _____

Estoy eligiendo cancelar mi(s) endoso(s) CDL. Entiendo que cuando/si quiero obtener mi(s) respaldo(s) nuevamente, tendré que completar todas las pruebas de conocimientos y habilidades requeridas. Iniciales: _____ Endórseme(s): _____

SECCIÓN E: SOLICITANTE MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DEBE COMPLETARSE Y FIRMARSE ANTE UN NOTARIO PÚBLICO O UN EXAMINADOR DE CONDUCTORES DE DAKOTA DEL SUR

Certifico que soy el padre/madre/tutor y por la presente otorgo permiso para el/ella:
 (Marque todas las que correspondan)

- Solicitar una licencia de conducir, un permiso de instrucción o una tarjeta de identificación de no conductor de Dakota del Sur conforme a los requisitos de la ley de Dakota del Sur;
- Hacer que se coloque el indicador de donante de órganos/tejidos en la licencia de conducir, el permiso o la tarjeta de identificación de no conductor.

Actualización del permiso de instrucción solamente:

Certifico que el solicitante menor de edad ha completado los requisitos del permiso de instrucción. Este conductor ha completado 50 horas de conducción supervisada por un adulto desde la emisión del permiso de aprendizaje. Las 50 horas de manejo incluyeron 10 horas en condiciones climáticas adversas y 10 horas después del anochecer.

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Nombre en letra de imprenta _____

Dirección Actual _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____

Suscrito y jurado ante mí en este día ____ de _____, 20 ____

Mi Comisión Expira: _____

Firma del Notario Público o Examinador de Conductores de Dakota del Sur
 Estado de Dakota del Sur

EXAMINER USE ONLY

Commercial Learners Permit Restrictions: P X Commercial Driver License Restrictions: E K L M N O V W Z

Driver License Restrictions: A B C F G I R Y

VISUAL ACUITY

LEFT EYE BOTH EYES RIGHT EYE
 20/ 20/ 20/

___ **W/O CORR LENS** ___ **WITH CORR LENS**

NEW ___ RENEWAL ___ DUP ___

TRANSFER ___ DATA CHANGE ___

GK ___
 CV ___
 AB ___
 DT ___
 TK ___
 HZ ___
 PV ___
 SB ___

3RD PARTY CDL ___ COMPLETION DATE _____

DRIVERS ED ___ COMPLETION DATE _____

MC SAFETY ___ COMPLETION DATE _____

COMPUTER CHECKS: CDLIS ___ PDPS ___ E-Agent ___

SAVE/VLS ___ SSN ___

CDLIS 2nd VERIFICATION CHECKS: _____

TEST REQUIRED: VISION ___ KNOWLEDGE ___ SKILL ___

KNOWLEDGE TEST _____

SKILLS TEST _____

FEE COLLECTED \$ ___ Q ___ C ___ T ___ EXAMINER ID ___

DL/ID SURRENDERED? YES NO

FEDERALLY COMPLIANT? YES NO

STATE _____ CLASS _____

Documents Presented

U.S. Citizen

___ U.S. Birth Certificate
 ___ U.S. Passport _____
 ___ Certificate of Birth Abroad
 ___ Citizen/Natural Cert.
 A # _____
 Cert. # _____

Name Change

___ U.S. Marriage Certificate
 ___ Divorce Decree
 ___ Court Name Change

Address

___ Address docs

Non-Citizen

___ Perm. Res. Card
 A # _____
 Cert.# _____
 ___ Emp. Auth. Doc
 A # _____
 Cert. # _____
 ___ Foreign Passport # _____
 ___ I-94 # _____
 ___ I-571 # _____
 ___ I-20/J-1/F-1 _____
 Sevis # _____
 VLS Case # _____

Social Security

___ SS Card
 ___ W-2 Form
 ___ 1099 Form
 ___ Payroll Stub
Other
 ___ Veteran / Form _____
 ___ Address Consent
 ___ Residency Affidavit
 ___ Vision Statement

Notes: _____