

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 --

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

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

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

ALTURA ____ PIES ____ PULGADAS PESO _____ COLOR DE OJOS _____ CONDADO _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

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 (GDL): _____
____ Clase 1 ____ Clase 2 ____ Clase 3 ____ CDL (Completar la Sección A a continuación y sección C 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 narcoléptico 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) 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 _____ .

REGISTRO DE VOTANTES

Por favor complete esta sección incluso si ya está registrado/a para votar. Seleccione una de las siguientes opciones:

- Deseo registrarme para votar o actualizar mi registro de votante. (Debe completar la información a continuación)
- No quiero registrarme para votar en este momento. (Pasar a la siguiente sección)
- Actualmente estoy registrado/a para votar y no deseo actualizar mi información. (Pasar a la siguiente sección)

1. Elección de partido _____ Si usted está actualmente registrado/a para votar y deja el campo Elección de partido en blanco usted permanecerá registrado/a en su afiliación de partido actual. Si usted no está actualmente registrado/a 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.

2. Si su dirección residencial (listada anteriormente) es una **casilla de correo, casilla rural o entrega general**, debe dar la ubicación de su residencia:

3. La **última** vez que me registraron fue con el siguiente nombre y/o dirección, que será cancelada:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Círculo Uno	
Dirección Anterior	Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal	Condado

La fecha límite para el registro es 15 días antes de cualquier elección. Si optó por registrarse para votar o actualizar su registro, esta información se reenviará a su auditor del condado. Recibirá un aviso de su registro en un plazo de 15 días. Por favor comuníquese con el auditor del condado si no se recibe una notificación en un plazo de 15 días. La ubicación y el nombre de la oficina donde usted envía este formulario o cualquier decisión de negarse a registrarse para votar seguirá siendo confidencial y solo se utilizará para fines de registro de votantes.

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

SECCION B: 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 C: 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

Cambio de CDL:

Estoy eligiendo dejar mi CDL y/o endoso(s) de CDL. Entiendo que cuando/si quiero obtener mi CDL o endosos nuevamente, tendré que completar todas las pruebas de conocimientos y habilidades requeridas. CDL: _____ Endosos: _____

SECCIÓN D: 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 un Padre/Madre/Guardián de (nombre en letra imprenta) _____ y por la presente le concedo permiso para: (Marque todas las que correspondan)

- Solicitar una licencia de conducir de Dakota del Sur o permiso bajo los requisitos de la ley de Dakota del Sur;
- Solicitar una tarjeta de identificación de no conductor de Dakota del Sur bajo los requisitos de la ley de Dakota del Sur;
- Tener el indicador de donante de órganos/tejidos colocado en la licencia de conducir, permiso, o tarjeta de identificación de no conductor.

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 _____

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

Mi Comisión Expira: _____

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 _____

LICENSE SURRENDERED? _____

STATE _____ CLASS _____

COMPLIANT NON-COMPLIANT

Documents Presented

U.S. Citizen

- Compliant DL/ID
- Compliant Non-Compliant
- 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

Notas: _____