

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 _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ SUFJO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Sexo _____
Mes Dia Año

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

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

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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene un Testamento Vital y desea que se indique en su licencia?
2.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene Poder Notarial Duradero para Atención Médica y desea que se indique en su licencia?
3.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está actualmente atrasado en los pagos de manutención infantil de \$1,000 o más?
4.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene actualmente licencia para conducir en otro estado/país? En caso afirmativo, ¿en qué estado/país? _____ # DE LICENCIA _____
5.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene actualmente o ha tenido su derecho a conducir suspendido, revocado, cancelado, descalificado o denegado? En caso afirmativo, ¿Cuándo? _____ ¿Qué Estado? _____ ¿Razón? _____
7.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Ha perdido su licencia de conducir o su tarjeta de identificación actual y está solicitando una tarjeta duplicada? En caso afirmativo ¿en qué estado se emitió su documento perdido? _____ También certifico que he perdido o destruido la última licencia de conducir o documento de identificación emitida a mi nombre y que ya no está en mi posesión. Entiendo que el documento anterior ahora es nulo y sin efecto y no puede ser utilizado para operar un vehículo motorizado o para ser utilizado con fines de identificación.
8.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿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. _____
9.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿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)
10.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha sido conocido/a por algún otro nombre, incluyendo el nombre de soltero/a? En caso afirmativo, qué nombre(s) _____
11.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted ciudadano/a de los Estados Unidos? (Si no, debe mostrar documentos que demuestren el estatus legal.)
12.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿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, Identificación de Servicios para Militares (Retirado) o certificado firmado por un oficial de servicio de veteranos.
<input type="checkbox"/>	En caso de mi muerte, me gustaría ser donante de órganos/tejidos.		
<input type="checkbox"/>	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;

* No he sido juzgado mentalmente incompetente;

* He mantenido residencia en South Dakota por lo menos 30 días antes de enviar el formulario de inscripción

* Actualmente no estoy cumpliendo una sentencia por una condena por delito grave; y

* Tendré 18 años en o antes de las próximas elecciones;

* Autorizo la cancelación de mi registro anterior.

Descripción de la dirección: Si la dirección que proporcionó arriba es un apartado postal, una Apartado Postal rural o una entrega especial, por favor proporcione una ubicación física más detallada de su dirección, como, por ejemplo, a 2 millas al sur, a 1 milla al oeste de un punto de referencia comunitario.

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: SOLO PARA SOLICITANTES DE LICENCIAS DE CONDUCIR COMERCIALES

Estoy aplicando para:

- Clase A (vehículo combinado)
- Clase B (Vehículo recto pesado)
- Clase C (vehículos individuales: con menos de 26,001 libras con endosos aplicables)
 - Motocicletas (3)
- Permiso Comercial para aprendices (CLP)
 - Clase A Clase B Clase C

Endosos para vehículos

- comerciales:**
- Pasajeros (P)
 - Bus Escolar (S)
 - Tráiler doble/triple (T)
 - Materiales peligrosos (H)
 - Vehículos cisterna (N)
 - Tanque combinado/peligroso (X)
 - CDL estacional (W restricción)**
 - 90 Días
 - 180 Días

Debe marcar UNO de los siguientes:

- (NI) Conduzco en interestatal y estoy sujeto a los requisitos de la tarjeta médica (49 CFR PARTE 391) (se requiere un certificado médico válido del DOT)
- (EI) Conduzco en interestatal y estoy exento de los requisitos de la tarjeta médica (49 CFR PARTE 391)
- (EA) Conduzco solo dentro del estado y no estoy sujeto a los requisitos de la tarjeta médica (49 CFR PARTE 391)
- (NA) Conduzco dentro del estado, pero estoy sujeto a los requisitos de la tarjeta médica (49 CFR PARTE 391) de acuerdo con SDCL 32-12A-24 (solo interestatal y se requiere un certificado médico DOT válido).

SI NO Operaré un vehículo equipado con frenos de aire.

Si NO ¿Ha tenido una licencia en algún otro estado, provincia o país en los últimos 10 años? En caso AFIRMATIVO, indique dónde _____.

Si NO SOLO PARA APLICANTES DE AUTOBUSES ESCOLARES: ¿Ha sido condenado por un DUI en los últimos 3 años o alguna vez ha sido condenado por algún delito que involucre vileza moral?

Degradación de CDL:

Elijo abandonar mi Licencia (s) de CDL o tarjeta CDL. CDL Clase: _____ CDL Licencia (s): _____ Iniciales: _____

Elijo retirar mi CDL o el endoso del CDL. Entiendo que si quiero recuperar mi CDL o el CDL endoso se requieren pruebas de conocimientos y habilidades si ha pasado más de un año desde la fecha de solicitud. Si vuelvo a solicitar dentro de un año a partir de la fecha de esta solicitud, sólo se podrán pruebas de conocimiento mas no de habilidades de manejo, y si solicito dentro de los 30 días de esta solicitud no se requiere ninguna prueba

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 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 GK _____ 3RD PARTY CDL _____ COMPLETION DATE _____

VISUAL ACUITY

LEFT EYE BOTH EYES RIGHT EYE AB _____ DRIVERS ED _____ COMPLETION DATE _____

20/ 20/ 20/ DT _____ MC SAFETY _____ COMPLETION DATE _____

W/O CORR LENS WITH CORR LENS TK _____ COMPUTER _____

NEW RENEWAL DUP HZ _____ CHECKS: CDLIS PDPS E-Agent SAVE/VLS SSN

TRANSFER DATA CHANGE PV _____ CDLIS 2nd VERIFICATION CHECKS: _____

SB _____ 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 **Non-Citizen** **Social Security**

U.S. Birth Certificate Permanent Resident Card SS Card

U.S. Passport Employment Auth. Doc. W-2

Certificate of Birth Abroad Foreign Passport 1099

Certificate of Citizenship I-94 Payroll Stub

Certificate of Naturalization Refugee Travel Doc **Other**

Name Change I-20 Veteran / Form _____

Marriage Certificate DS-2019 Address Consent

Divorce Decree I-797 Residency Affidavit

Court Name Change Vision Statement

Address VLS Case # _____

Address Doc(s)

Overnight Stay

Notes: _____
