



**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  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: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**¿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 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN REQUERIDA DE TODOS LOS SOLICITANTES**

- | SI                       | NO                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Tiene alguna afección de salud que le puede impedir comunicarse con un oficial? (Medico debe preparar Forma DL-101)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Desea registrarse como donador de órganos?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Desea donar \$1.00 al Programa de Educación, Evaluación y Tratamiento para la Ceguera?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. ¿Desea apoyar los Veteranos de Texas? En caso afirmativo, indique la cantidad de su donación de \$1.00 o más \$ _____ .00.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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)                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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?<br><b>Ejemplos incluyen, pero no están limitados a:</b> 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<br>Por favor de explicar su condición médica : _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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?<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión epiléptica, convulsión, pérdida de consciencia u otra convulsión?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra afección médica grave? Por favor de elaborar:<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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 o permiso de conducir en otro estado?  
Indique el (los) estado(s): \_\_\_\_\_  
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