

APPLICATION FOR RENEWAL/REPLACEMENT/CHANGE OF A TEXAS DRIVER LICENSE OR IDENTIFICATION CARD

(Replacement also called Duplicate)

DL or ID NUMBER _____

APPLICANT INFORMATION

LAST NAME: _____
 FIRST NAME: _____
 MIDDLE NAME: _____
 SUFFIX: _____
 MAIDEN NAME: _____
 DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy): _____ — _____ — _____
 SSN: _____ — _____ — _____
 SEX: (Mark One) ☐ MALE ☐ FEMALE WEIGHT: lbs. _____
 EYE COLOR: _____ HEIGHT: ft. _____ in. _____
 RACE/ETHNICITY: _____ (I) American Indian/Alaska Native
 (A) Asian/Pacific Islander (B) Black (H) Hispanic (O) Other (W) White

CONTACT INFORMATION

HOME PHONE: _____
 OTHER PHONE: _____
 EMAIL: _____

ADDRESS INFORMATION

RESIDENCE ADDRESS: _____
 CITY: _____ STATE: _____
 ZIP CODE: _____ COUNTY: _____
 MAILING ADDRESS: _____
 CITY: _____ STATE: _____
 ZIP CODE: _____ COUNTY: _____

INFORMATION FORM (ALL APPLICANTS please answer questions 1 through 10)

- | | YES | NO | |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you a citizen of the United States? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | If you are a US citizen, would you like to register to vote? If registered, would you like to update your voter information?
By providing my electronic signature, I understand the personal information on my application form and my electronic signature will be used for submitting my voter's registration application to the Texas Secretary of State's office. Wanting to register to vote, I authorize the Department of Public Safety to transfer this information to the Texas Secretary of State. |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you wish to donate \$1.00 to the Blindness Education Screening and Treatment Program? |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you want to support the Glenda Dawson Donate Life Texas donor registry? If yes, please indicate a donation amount of \$1 or more \$_____.00 |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Would you like to register as an organ donor? |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you want to support survivors of sexual assault? If yes, please indicate a donation amount of \$1 or more \$_____.00 to help fund the testing of sexual assault evidence collection kits (rape kits). |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you want to support Texas Veterans? If yes, please indicate your donation amount \$_____.00 |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have a health condition that may impede communication with a peace officer? If yes, please list _____
(physician must complete form DL-101 prior to the issuance of a DL/ID). |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Do you want a Veteran designator on your driver license or identification card? (proof of Honorable discharge required; acceptable documents are DD214/5, NGB22, VA disability letter, proof of service/verification of honorable service card) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Are you a 60% disabled Veteran receiving compensation and want to waive the application fee? (see 9a for documents required) |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In the event of injury or death would you like to provide two (2) emergency contacts? If yes, please list:
a) Name _____ Telephone Number _____ Address _____
b) Name _____ Telephone Number _____ Address _____ |

For all Driver License Renewals complete MEDICAL questions 11 to 17. Answers to the questions below are for the confidential use of the Department.

11. ☐ ☐ Do you currently have or have you ever been diagnosed with or treated for any medical condition that may affect your ability to safely operate a motor vehicle?

Examples, including but not limited to: Diagnosis or treatment for heart trouble, stroke, hemorrhage or clots, high blood pressure, emphysema (within past two years) • progressive eye disorder or injury (i.e., glaucoma, macular degeneration, etc.) • loss of normal use of hand, arm, foot or leg • blackouts, seizures, loss of consciousness or body control (within the past two years) • difficulty turning head from side to side • loss of muscular control • stiff joints or neck • inadequate hand/eye coordination • medical condition that affects your judgment • dizziness or balance problems • missing limbs

If you answered YES above, has your condition ☐ IMPROVED or ☐ DETERIORATED since your last application for an original/renewal remake of your driver license?

12. ☐ ☐ Do you have a mental condition that may affect your ability to safely operate a motor vehicle? If yes, please explain: _____
13. ☐ ☐ Have you ever had an epileptic seizure, convulsion, loss of consciousness, or other seizure?
14. ☐ ☐ Do you have diabetes requiring treatment by insulin?
15. ☐ ☐ Do you have any alcohol or drug dependencies that may affect your ability to safely operate a motor vehicle or have you had any episodes of alcohol or drug abuse within the past two years?
16. ☐ ☐ Within the past two years, have you been treated for any other serious medical conditions?
Explain: _____
17. ☐ ☐ Have you EVER been referred to the Texas Medical Advisory Board for Driver Licensing?

Any male United States citizen or immigrant who is at least 18 years of age but less than 26 years of age **submitting this application consents to registration with the United States Selective Service System.** You must be registered to qualify for federal student aid (to include Pell grant), job training, federal employment, and citizenship if an immigrant. In Texas, you must be registered to qualify for state college student aid or state employment. If convicted, failure to register with the Selective Service is a felony punishable by up to five years in prison and/or a \$250,000 fine. If not registered by age 26, you can no longer register and could permanently lose those benefits associated with registration. For alternative options for applicants who object to conventional military service for religious or other conscientious reasons information is available at: <http://www.sss.gov/FactSheets/FSaltsvc.pdf>.

I do solemnly swear, affirm, or certify that I am the person named herein and that the statements on this information form are true and correct. I further certify my residence address is a (check one): () single family dwelling, () apartment, () motel, () temporary shelter. I agree to immediately report to the Texas Department of Public Safety any changes in my medical condition which may affect my ability to safely operate a motor vehicle.

**SOLICITUD PARA RENOVAR, REEMPLAZAR, Ó HACER
CAMBIOS EN LA LICENCIA DE CONDUCIR O TARJETA DE
IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS**

(El reemplazo también es llamado duplicado)

NUMERO DE LICENCIA O DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO: _____
PRIMER NOMBRE: _____
SEGUNDO NOMBRE: _____
SUFIXO: _____
APELLIDO DE SOLTERA: _____
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa): _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____
SEXO: (Marque uno) ☐ HOMBRE ☐ MUJER PESO: en libras. _____
COLOR DE LOS OJOS: _____ ESTATURA: pies _____ pulg. _____
RAZA/ETNIA: _____ (I) Amerindio/Nativo de Alaska (A) Asiático/nativo
de las Islas del Pacífico (B) Negro (H) Hispano (O) Otro (W) Blanco

INFORMACIÓN DE CONTACTO

NÚMERO DE TELÉFONO: _____
TELÉFONO SECUNDARIO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
SU DOMICILIO
DOMICILIO DONDE RESIDE: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____
DOMICILIO POSTAL (Lugar donde recibe su correspondencia): _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE (TODOS LOS SOLICITANTES favor de contestar las preguntas 1 a 10)

- | | SI | NO | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si usted es ciudadano de los Estados Unidos, ¿le gustaría registrarse para votar? Si ya está registrado, ¿le gustaría actualizar su información de votante?
Al proporcionar mi firma electrónica, comprendo que la información personal en mi solicitud, junto con mi firma electrónica, se usará para enviar mi solicitud de registro electoral a la oficina de la Secretaría del Estado de Texas. Deseo registrarme para votar; por lo tanto, autorizo al Departamento de Seguridad Pública para transferir esta información a la Secretaría del Estado de Texas. |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea usted donar \$1.00 al Programa de Educación, Evaluación y Tratamiento de la Ceguera? |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea apoyar el Programa de Registro de Texas-Glenda Dawson Donar Vida? En caso afirmativo, indicar una cantidad de la donación de \$1 o más \$_____.00 |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea registrarse como donador de órganos? |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Quiéres apoyar a los sobrevivientes de asalto sexual? Si es así, porfavor indique la cantidad de donación de \$1 o más \$_____.00 para ayudar a financiar la recopilación de evidencia de asalto sexual (kit de violación) |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea apoyar los Veteranos de Texas? Si la respuesta es sí, por favor, indique la cantidad de su donación \$_____.00 |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene usted alguna afección médica que le pueda impedir la comunicación con un oficial de la policía? En caso afirmativo, por favor indique _____ (el médico debe llenar el formulario DL-101 antes de emitir una licencia de conducir o tarjeta de identificación). |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Desea una insignia de Veterano en su licencia de conducir o su tarjeta de identificación? (Se requiere comprobante de baja honorable; los documentos aceptables son DD214/5, NGB22, carta de discapacidad del VA, prueba de servicio/verificación de la tarjeta de servicio honorable) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) ¿Es usted un Veterano que recibe 60% de compensación por discapacidad y desea quedar exento de los derechos de solicitud? (vea el punto 9a para conocer qué documentos se requieren). |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En caso de sufrir lesiones o la muerte, ¿le gustaría proporcionar dos (2) contactos para emergencias? En caso afirmativo, por favor indique:
a) Nombre _____ Número telefónico _____ Domicilio _____
b) Nombre _____ Número telefónico _____ Domicilio _____ |

Para todas las Renovaciones de Licencia de Conducir, complete las preguntas MÉDICAS 11 a 17.

Las respuestas a las siguientes preguntas son para uso confidencial del Departamento.

11. ☐ ☐ ¿Tiene actualmente o alguna vez ha sido diagnosticado con o tratado por alguna enfermedad que pueda afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado de manera segura?

Ejemplos, incluyendo pero no limitado a: Diagnóstico o tratamiento por problemas cardíacos, derrame cerebral, hemorragia o coágulos, presión arterial alta, enfisema (en los últimos dos años) • enfermedad progresiva o lesión de la vista (como glaucoma, degeneración macular, etc.) • pérdida del uso normal de la mano, brazo, pie o pierna • desvanecimientos, ataques, pérdida de la consciencia o control del cuerpo (en los últimos dos años) • dificultad para voltear la cabeza de un lado a otro • pérdida de control muscular • articulaciones o cuello rígidos • coordinación inadecuada de mano/ojo • afección médica que altere su juicio • mareos o problemas de equilibrio • pérdida de algún miembro

Si respondió **SÍ** a la pregunta anterior, ¿su afección ha ☐ **MEJORADO** o ☐ **EMPEORADO** desde su última solicitud de original/renovación de licencia de conducir?

12. ☐ ☐ ¿Tiene usted un condición mental que puede afectar su capacidad para operar con seguridad un vehículo motorizado? Si su respuesta es si, por favor de explicar: _____
13. ☐ ☐ ¿Alguna vez ha tenido un ataque epiléptico, convulsión, pérdida de la consciencia u otro ataque?
14. ☐ ☐ ¿Tiene diabetes que requiera tratamiento con insulina?
15. ☐ ☐ ¿Tiene alguna dependencia del alcohol o de drogas que pudiera afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado de manera segura o ha tenido algún episodio de abuso de drogas o alcohol en los últimos dos años?
16. ☐ ☐ En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra afección médica grave?
Explique: _____
17. ☐ ☐ ¿Alguna vez ha sido remitido al Comité Asesor Médico de Licencias de Conducir de Texas?

Cualquier hombre ciudadano o inmigrante de los Estados Unidos entre 18 y 26 años de edad **que presente esta solicitud otorga su consentimiento para ser registrado en el Sistema de Servicio Militar Selectivo de los Estados Unidos.** Usted debe estar registrado para tener derecho a recibir ayuda federal estudiantil (incluso la beca Pell Grant), capacitación laboral, empleo federal y la ciudadanía si es inmigrante,. En Texas, usted debe estar registrado para tener derecho a recibir ayuda estudiantil universitaria o empleo con el Estado. No registrarse en el Servicio Militar Selectivo es un delito mayor. Si es declarado culpable de ello, podría ser castigado hasta con cinco años de prisión y/o una multa de 250,000 dólares. Si no se ha registrado antes de cumplir 26 años, ya no se podrá registrar y podría perder permanentemente los beneficios asociados con el registro. Para conocer otras opciones alternativas para solicitantes que se oponen al servicio militar convencional por motivos religiosos u otros motivos de conciencia, podrá encontrar información disponible en: <http://www.sss.gov/FactSheets/FSaltsvc.pdf>.

Juro solemnemente, afirmo o certifico que soy la persona que se indica en el presente documento y que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Además certifico que mi domicilio de residencia es (marque una opción): () casa residencial, () apartamento, () hotel, () sitio de refugio temporal. Estoy de acuerdo en informar inmediatamente al Departamento de Seguridad Pública de Texas cualquier cambio en mi condición médica que pueda afectar mi capacidad para conducir de manera segura un vehículo motorizado.