

Solicitud de Privilegio de Conducir o Tarjeta de Identificación por Correo

NRS 483.347, NRS 483.383-483.384, NAC 483.456-483.4595

Los residentes de Nevada que cumplan con todos los requisitos del Departamento pueden usar este formulario para solicitar la renovación o duplicación de la licencia de conducir por correo. Solo se puede completar una renovación por correo en períodos de renovación consecutivos. Si no está seguro de su elegibilidad para renovar por correo, comuníquese con la Sección de Renovación de Licencia de Conducir por Correo en uno de los números de teléfono arriba de este formulario antes de enviar su solicitud.

Si ya no es residente de Nevada, entregue su licencia de conducir de Nevada al Departamento de Motores y Vehículos en el estado donde ahora reside y solicite una licencia de conducir en ese estado.

Complete este formulario y envíelo por correo a la dirección del DMV indicada anteriormente con las tarifas correspondientes en forma de cheque, giro postal o autorización de tarjeta de débito / crédito (formulario ADM205. NO envíe dinero en efectivo. Las tarifas se detallan en el sitio web del DMV en <http://www.dmv.nv.com/dlfees.htm>.

Los empleados del gobierno de los EE. UU., Los militares en servicio activo o los dependientes de esas personas que deseen renovar su licencia deben presentar una copia de un registro de empleo o militar (declaración de licencia / ganancias) que indique a Nevada como su estado de residencia. El personal militar en servicio activo no está sujeto a multas por demora por una licencia de conducir vencida durante 30 días y puede renovarse por correo hasta 2 años después de su vencimiento. Por favor contáctenos para requisitos de elegibilidad.

APELLIDO (EN LETRA DE MOLDE)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO	NÚMERO DE DL/DAC/ID DE NEVADA
LUGAR DE NACIMIENTO		NOMBRE LEGAL COMPLETO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO O PAÍS)	
SEXO (MRQUE CON UN CÍRCULO) M F X	ESTATURA PIES PULGADAS	PESO LIBRAS.	COLOR DEL CABELLO	COLOR DE OJOS	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE	
<input type="checkbox"/> Sí, imprimir mi dirección postal en la parte frontal de mi tarjeta (excepto ID Real)						
DIRECCIÓN FÍSICA PRINCIPAL (RESIDENCIA PRINCIPAL)			DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN FÍSICA)			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OPCIONAL) ()			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)			
CIUDADANO (a)	¿Eres ciudadano (a) de los Estados Unidos?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SERVICIO SELECTIVO	Si es hombre y tiene al menos de 18 a 26 años de edad y NO marca la casilla, se registrará para el servicio selectivo. Permanecerá elegible para préstamos estudiantiles federales, subvenciones, beneficios relacionados con la capacitación laboral, la mayoría de los trabajos federales y, si corresponde, la ciudadanía de los Estados Unidos					<input type="checkbox"/> NO, no cumpla con los requisitos o no deseo registrarme
VETERAN	1	Me he retirado honorablemente de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y deseo tener colocada/retenida en mi licencia una designación de veterano. Si su tarjeta no tiene ya una designación de veterano, debe presentar una prueba de retiro honorable.				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	2	¿Alguna vez ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y ha sido dado de baja de dicho servicio bajo condiciones que no fueran deshonrosas?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	3	¿Alguna vez ha sido asignado a servicio por un mínimo de 6 años continuos en la Guardia Nacional o como reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y se le ha dado de baja de dicho servicio bajo condiciones que no fueran deshonrosas?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	4	¿Alguna vez ha prestado servicio en el Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos o en el Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica de los Estados Unidos en calidad de oficial comisionado mientras estaba en servicio activo en defensa de los Estados Unidos y fue dado de baja de dicho servicio bajo condiciones que no fueran deshonrosas?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DONANTE DE ÓRGANOS	¿Le gustaría ser donante de órganos y tener eso indicado en su licencia o tarjeta de identificación?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Si desea donar \$1 o más a la cuenta de regalo anatómica, indique cuánto aquí: \$					
ANTECEDENTES DE CONDUCIR	¿Alguna vez ha tenido una licencia de conducir o tarjeta de identificación en otro estado?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo, de qué Estado (s):		Fecha:	Motivo:		
HISTORIAL MÉDICO	Do you have a disability or missing extremity?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que podría afectar su capacidad para conducir?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas, explique: NOTA: Se pueden indicar algunas afecciones médicas en su DL/DAC/ID. Un médico debe completar el Formulario DLD7						

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR LA SECCIÓN 1 O LA SECCIÓN 2

SECCIÓN 1

Al marcar esta casilla, rechaza afirmativamente la transmisión de su información para fines de registro / actualización de votantes.
 NOTA: La exclusión voluntaria de este proceso no cambiará sus preferencias actuales de registro de votantes.

OPTAR POR NO

SECCIÓN 2

NOTA: No complete esta sección si elige no participar marcando la casilla de arriba. Si se completan ambas secciones, esta solicitud completa se etiquetará como incompleta y no se procesará.

REGISTRO DE VOTANTES

¿Tienes 18 años o más?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tienes actualmente 17 años y le gustaría registrarse? Podrá votar cuando cumpla 18 años	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>Si es elegible, se registrará para votar o se actualizará su registro de votante. A menos que opte por no participar, le enviaremos su información a su secretario / secretario del condado. Si tuvo una condena por delito grave, es elegible para votar cuando salga de prisión. Su elección de registrarse para votar o no y el lugar donde se registra son confidenciales y no afectarán la asistencia o los servicios que le brinda el DMV. Estatuto Revisado de Nevada Capítulo 293.</p>	
<p>Si corresponde, marque una de las siguientes opciones: (Ley de votación en ausencia de ciudadanos uniformados y en el extranjero)</p> <p><input type="checkbox"/> Militar nacional (o cónyuge o dependiente militar) en servicio activo y ausente de la residencia de votación de Nevada</p> <p><input type="checkbox"/> Militares en el extranjero (o cónyuge o dependiente militar) en servicio activo y ausente de la residencia de votación de Nevada</p> <p><input type="checkbox"/> Ciudadanos en el extranjero que residen fuera de los EE. UU. (No aplicable a aquellos que viajan / vacacionan fuera de los EE. UU.)</p>	
<p>Selección de Partidos Políticos - Marque Solo Una Casilla</p> <p><input type="checkbox"/> Partido Democrático <input type="checkbox"/> Partido Estadounidense Independiente <input type="checkbox"/> Partido Libertario</p> <p><input type="checkbox"/> No Partidista (sin partido Político) <input type="checkbox"/> Partido Republicano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Partido – Escribe aquí: _____</p> <p>Un registro de registro de votantes debe indicar un partido político importante para votar por los candidatos en una elección primaria. Un nuevo registro de registro de votante será por defecto "no partidista" (sin partido político) a menos que un partido político se indique arriba. Si ya está registrado para votar en Nevada, ninguna selección de partidos durante esta transacción dará como resultado su registro utilizando su preferencia de partido político anterior.</p>	
<p>Si usted es militar en servicio activo que reside fuera de Nevada y no tiene una dirección física activa en Nevada, indique a qué condado desea que se envíe su información de registro de votante. CONDADO: _____</p>	
<p>Las solicitudes de registro de votantes también están disponibles en español y tagalo y se pueden encontrar en el sitio web del DMV en: https://dmvnm.com</p>	

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Doy fe de que soy residente legal de Nevada. Entiendo que cualquier representación errónea de los hechos en esta solicitud puede causar la cancelación o denegación de mi licencia de conducir de conformidad con NRS 483.420. "Juro o afirmo que soy ciudadano estadounidense. Tendré al menos 18 años para la fecha de las próximas elecciones, o tengo al menos 17 años. Habré residido continuamente en Nevada al menos 30 días en mi condado y al menos 10 días en mi precinto antes de las próximas elecciones en las que tengo la intención de votar. La dirección física que figura aquí es mi único lugar legal de residencia y no reclamo ningún otro lugar como mi residencia legal. Si estoy preinscribiéndome para votar, entiendo y reconozco que se considerará que me he inscrito para votar a partir de la fecha de mi 18 cumpleaños a menos que mi preinscripción se cancele por cualquiera de los medios o por alguna de las razones para cancelar el registro de votantes de conformidad al Capítulo 293 de los Estatutos Revisados de Nevada. Actualmente no estoy cumpliendo una pena de prisión por una condena por delito grave. Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto".

Nombre del solicitante _____ Número de DL / ID _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

ALL RENEWAL APPLICANTS MUST ALSO HAVE THIS SECTION COMPLETED

Certificate of Vision Examination

This section must be completed for every person applying to renew a Nevada driver's license. You may have this report completed by a licensed physician, ophthalmologist, optician, optometrist, or driver's license issuing agency in your area. The form must be dated within the past **90** days and signed by the person who administered the exam. It also needs to show separate visual acuity readings for the right, left and both eyes, and indicate whether the exam was taken with or without corrective lenses. A prescription for corrective lenses **cannot** be accepted in lieu of the required vision examination.

Vision	Without Corrective Lenses	With Corrective Lenses
Right Eye.....	20/_____	20/_____
Left Eye.....	20/_____	20/_____
Both Eyes.....	20/_____	20/_____

Does this person have a progressive disease or condition of the eye? Yes No

Signature: Driver's License Issuing Agency/Physician/Optometrist

Date of Examination (must be within the last 90 days)

PRINTED Name: Issuing Agency/Physician/Optometrist

(_____) _____
Area Code and Phone Number

PRINTED Office Address: Issuing Agency/Physician/Optometrist

RENEWAL APPLICANTS 71 OR OLDER MUST ALSO HAVE THIS SECTION COMPLETED

Physical Evaluation

All renewal applicants **who will be 71 years of age or older on their driver's license expiration date** must have this report completed, signed, and dated by a licensed physician no more than **90** days before it is submitted to the Nevada DMV.

Does a medical condition exist that would prevent this patient from safely operating a motor vehicle? Yes No

If "Yes," please explain: _____

Is this patient taking any medication that would negatively affect his/her ability to drive safely? Yes No

If "Yes," please explain: _____

Physician's Signature

Physician's License Number

Date of Physical Evaluation
(must be within the last 90 days)

PRINTED Name of Physician

(_____) _____
Area Code and Phone Number

PRINTED Office Address of Physician