



CALIFORNIA DRIVER LICENSE
RENEWAL BY MAIL ELIGIBILITY INFORMATION

NOTE: You must provide your Social Security Number and be under age 70 when your current license expires to renew by mail. *If you answer YES to any question in part 1 of this form, STOP and call your local DMV office for an appointment to renew in person. If you answer NO to all questions in part 1, please complete parts 2-5.*

1. ARE YOU ELIGIBLE FOR RENEWAL BY MAIL? — Please answer the questions below to determine eligibility.

	YES	NO	G. WITHIN THE PAST TWO YEARS: - Were you convicted of any Vehicle Code moving violations? - Did you fail to appear in court for any Vehicle Code moving violation? - Were you suspended for driving under the influence, or for refusing, or failing to complete a chemical or preliminary alcohol screening (PAS) test? - Have you been at fault in one or more accidents, as reported by law enforcement? H. Do you have a driver license from more than one state or jurisdiction?	YES	NO
A. Have your last two licenses been renewed by mail?					
B. Has your license been expired for more than one year? ..					
C. Does your license expire more than 60 days from today?					
D. Are you currently on any type of driving probation?					
E. Are you changing/correcting your name?					
F. Within the past 5 years, have you had any problems with, or changes to, your health or vision that affect your ability to drive safely? (See medical information in part 6 below before responding.)					

2. PLEASE TELL US ABOUT YOURSELF: Use your true full name.

DRIVER LICENSE NUMBER		BIRTH DATE MO ____ DAY ____ YR ____		SOCIAL SECURITY NUMBER: (ONLY) __ __ __ - __ __ - __ __ __ __	
FIRST NAME	MIDDLE NAME	LAST NAME		SUFFIX (JR., SR., III)	
MAILING ADDRESS (Include St., Ave., Rd., Ct., Blvd., Way, etc.)		APT/SPACE NO.	CITY	STATE	ZIP CODE
CALIFORNIA RESIDENCE ADDRESS (If different from mailing address)		APT/SPACE NO.	CITY	STATE	ZIP CODE

3. THE FOLLOWING QUESTIONS MUST BE ANSWERED IF YOU HAVE A COMMERCIAL DRIVER LICENSE:

A. Have you ever applied for a California driver license or identification card under a different name?
☐ Yes ☐ No If yes, provide name in the space provided.

FIRST NAME	MIDDLE NAME	LAST NAME	SUFFIX (JR., SR., III)
------------	-------------	-----------	------------------------

B. Have you ever been issued a driver license under the same or a different name to operate any type of motor vehicle in another state or other jurisdiction during the past ten years? ☐ Yes ☐ No If yes, you must complete the 10 Year History Record Check form (DL 939) and attach it to the application.

4. DO YOU WISH TO REGISTER TO VOTE OR CHANGE YOUR VOTER ADDRESS?

DO YOU WISH TO REGISTER TO VOTE?	Y ☐ Yes—Please complete new voter form (provided by DMV). N ☐ No—Do not complete voter form.	VOTER CHANGE OF ADDRESS	I am a registered voter. I have moved and wish to update my voter record: C ☐ to a new county—Please complete a new voter form (provided by DMV). S ☐ within the same county—Do not complete the voter form. Your voter record will be automatically updated.
---	---	--------------------------------	---

If the voter has not received voter registration information within 30 days of requesting it, they should contact the Local Elections Office of the Office of the Secretary of State.

5. ORGAN AND TISSUE DONATION AND CONSENT STATEMENT

☐ YES! I want to be to be added to the Donate Life California organ and tissue donor registry, and thereby agree to give life upon my death.
If you marked the box above that you want to be an organ and tissue donor, your consent shall serve as a legally binding document outlined under the California Uniform Anatomical Gift Act. If you want to limit the donation to specific organs, tissues, or research contact Donate Life California by mail at 1760 Creekside Oaks Drive #220, Sacramento, CA 95833, or online at **www.donateLIFeCalifornia.org** or **www.doneVIDAcalifornia.org**.

Note: If you are currently registered with Donate Life California you should still mark the Organ and Tissue Donor box above in order to have the Pink Donor Dot pre-printed on the front of your license. If you do not mark the Organ and Tissue Donor box and you are currently registered with Donate Life California you will not be removed from the list unless you contact Donate Life California at the address or through the websites noted above or by calling 1-866-PWR-2-DON8 (1-866-797-2366).

6. CERTIFICATIONS AND IMPORTANT INFORMATION

- Medical Information**—Examples of **health or vision problems** that must be reported are:
 - Loss of consciousness or marked confusion experienced on one or more occasions.
 - Any disease or disorder which may affect your ability to operate a motor vehicle safely upon a highway, such as: **epilepsy, diabetes, stroke, drug or alcohol addiction.**
 - Any vision change which could affect your ability to drive safely, such as: glaucoma, diabetic retinopathy, cataracts, macular degeneration.
- Social Security Number Collection Disclosure**—You are required by law to provide your social security number or your Renewal by Mail application will be denied. Authority to collect the social security number is 42 U.S.C. 405 and California Vehicle Code §1653.5, §4150, §4150.2, §12800, and §12801. It will be used in the administration of driver license laws and motor vehicle registration laws and to respond to requests for information from the Franchise Tax Board for tax administration and from any agency operating pursuant to 42 U.S.C. 601 et seq. It will be used to aid in the collection of monies owed in connection with failure to pay fines or failure to appear in court by an applicant, and to aid in the collection of monies owed by an applicant in connection with Aid to Families with Dependent Children, Child Support, and/or Establishment of Paternity.
- Chemical Test Disclosure**—I agree to submit to a chemical test of my blood, breath, or urine for the purpose of determining the alcohol or drug content of my blood when testing is requested by a peace officer acting in accordance with Vehicle Code §23157 (§23612, effective 7-1-99).
- Certification Statement**— I am hereby advised that being under the influence of alcohol or drugs, or both, impairs the ability to safely operate a motor vehicle. Therefore, it is extremely dangerous to human life to drive while under the influence of alcohol or drugs, or both. If I drive while under the influence of alcohol or drugs, or both, and as a result, a person is killed, I can be charged with murder.
- Mailing Address**—I am the person whose name appears in Part 2 above. The mailing address shown is valid, existing, and accurate. I consent to receive service of process at this mailing address pursuant to §415.20(b), §415.30(a), and §416.90 of the Civil Procedure Code.
- Advisory Statement**—The information required on this form pertains to eligibility under the Public Records Act. This information is a public record and is regularly used by law enforcement agencies and insurance companies. Access to address information is now restricted, and will be available to various authorized requesters for limited use. Individuals can obtain copies of their own information during regular office hours.

7. SIGNATURE/PERJURY STATEMENT

I have read, understand and agree with the certifications on this document. *I certify (or declare) under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.*

SIGNATURE X	DATE
-----------------------	------

8. WHERE TO MAIL

The Renewal By Mail fee for basic driver license is \$28.00 or \$40.00 for Commercial Licenses and restricted Firefighters. If you wish to make a \$2 voluntary contribution to support and promote the Donate Life California organ and tissue donor registry, mark box and include the \$2 voluntary contribution with your check or money order made payable to DMV and mail this form to:

☐ \$2 voluntary contribution for organ and tissue donation.

DMV, Attn: Renewal By Mail Unit
PO Box 942890
Sacramento, CA 94290-0001
(Please write your driver license number on the back of your payment document.)



INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD DE RENOVAR POR CORREO LA LICENCIA DE MANEJAR

NOTA: Para ser elegible a renovar por correo la licencia de manejar, deberá proveer su número de seguro social y tener menos de 70 años cuando la misma se venza. Si contesta *Sí a cualquiera de las preguntas de la parte 1* de este formulario, PARE y llame a su oficina local del DMV para hacer una cita y renovar la licencia personalmente. Si contesta *NO a todas las preguntas de la parte 1*, por favor llene las partes 2-5.

1. ¿ES USTED ELEGIBLE A RENOVAR POR CORREO?—Por favor conteste las preguntas a continuación para determinar su elegibilidad.

	SÍ	NO		SÍ	NO
A. ¿Ha renovado por correo sus últimas dos licencias?.....			G. DENTRO DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS: • ¿Fue usted condenado por infracciones de manejo según <i>el Código de Vehículos</i>?..... • ¿Faltó a comparecer en la corte por infracciones de manejo según <i>el Código de Vehículos</i>?..... • ¿Le suspendieron la licencia por manejar bajo la influencia o por negarse o no terminar un examen químico o un examen preliminar de contenido de alcohol en la sangre (PAS)?..... • ¿Ha sido usted culpable de uno o más accidentes, conforme lo reportaron las autoridades policíacas?		
B. ¿Ha estado vencida su licencia por más de un año?.....					
C. ¿Se vence su licencia en un plazo mayor de 60 días a partir de la fecha de hoy?.....					
D. ¿Se encuentra usted actualmente en cualquier tipo de periodo de prueba relacionado al manejo?.....					
E. ¿Está usted cambiando/corrigiendo su nombre?.....					
F. Dentro de los últimos 5 años, ¿ha tenido algún problema o cambio en su salud o visión que afecte su capacidad para manejar con seguridad? (Véase la información médica en la parte 6 de abajo antes de contestar.)			H. ¿Tiene usted una licencia de manejar de más de un estado o jurisdicción?		

2. POR FAVOR INFÓRMENOS SOBRE USTED: use su nombre verdadero y completo.

NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR		FECHA DE NACIMIENTO MES ____ DÍA ____ AÑO ____		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: (SOLAMENTE) ____ - ____ - ____	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO(S)	
				SUFIJO (JR., SR., III)	
DIRECCIÓN POSTAL (Incluya St., Ave., Rd., Ct., Blvd., Way, etc.)		NO. DE DEPTO/ESPACIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN RESIDENCIAL DE CALIFORNIA (Si es diferente al postal)		NO. DE DEPTO/ESPACIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

3. DEBERÁ CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI TIENE LICENCIA DE MANEJAR COMERCIAL:

A. ¿Alguna vez ha solicitado una licencia de manejar o tarjeta de identidad de California bajo un nombre diferente?

☐ Sí ☐ No Si contestó sí, escriba el nombre en el espacio brindado.			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO(S)	SUFIJO (SR., JR., III)

B. En los últimos diez (10) años, ¿alguna vez le han expedido bajo el mismo nombre o uno diferente una licencia de manejar para operar cualquier tipo de vehículo motorizado en otro estado o jurisdicción? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, deberá llenar el formulario de Revisión de Expediente de Historial de 10 Años (DL 939) y adjuntarlo a la solicitud.

4. ¿DESEA REGISTRARSE PARA VOTAR O CAMBIAR SU DOMICILIO DE VOTANTE?

¿DESEA USTED REGISTRARSE PARA VOTAR?	Y ☐	Sí— <i>Por favor complete el formulario de votante nuevo (brindado por el DMV).</i>	CAMBIO DE DOMICILIO DEL VOTANTE	Soy votante registrado. Me he mudado y deseo actualizar mi registro de votante:
	N ☐	No. <i>No complete el formulario de votante.</i>		C ☐ A un nuevo condado— <i>Por favor complete el formulario de votante nuevo (brindado por el DMV).</i> S ☐ Dentro del mismo condado— <i>No complete el formulario de votante. Su registro de votante se actualizará automáticamente.</i>

Si el votante no ha recibido información sobre el registro de votante en un plazo de 30 días después de haberla solicitado, debe comunicarse con la Oficina de Elecciones Locales de la Oficina del Secretario de Estado.

5. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ ¡Sí! Quiero que mi nombre se añada al registro de donante de órganos y tejidos de *Done Vida California*, y de este modo estoy de acuerdo en donar vida en caso de mi muerte.

Si marcó la casilla anterior indicando que quiere ser donador de órganos y tejidos, su consentimiento servirá como documento legalmente obligatorio, como se estipula en la *Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas de California*. Si quiere limitar las donaciones a órganos o tejidos específicos o para investigación, deberá comunicarse con *Done Vida California* por correo al 1760 Creekside Oaks Drive, #220, Sacramento, CA 95833 ó por Internet en www.donateLIFECalifornia.org, o bien, www.doneVIDACalifornia.org.

Nota: si actualmente está registrado con *Done Vida California*, aun así debe marcar la casilla anterior de donante de órganos y tejidos para que el círculo rosado de donante se preimprima en el frente de su licencia. Si no marca dicha casilla y actualmente está registrado con *Done Vida California*, su nombre no será removido del registro, a menos que se comunique con *Done Vida California* a la dirección o a las páginas de Internet indicadas anteriormente, o bien, llamando al 1-866-PWR-2-DON8 (1-866-797-2366).

6. CERTIFICACIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTE

- **Información médica**—Ejemplos de **problemas de la salud o de la vista** que deben de reportarse son:
 - Pérdida del conocimiento o confusión marcada experimentada en una o más ocasiones.
 - Cualquier enfermedad o trastorno que pudiera afectar su capacidad para operar con seguridad en carreteras vehículos motorizados, tales como: **epilepsia, diabetes, derrame cerebral, adicción al alcohol o drogas.**
 - Cualquier cambio en la vista que pudiera afectar su capacidad para manejar con seguridad, tales como: glaucoma, retinopatía diabética, cataratas, degeneración macular.
- **Permiso para revelar el número de seguro social**—La ley le exige proporcionar su número de seguro social; de no ser así, su solicitud de renovación por correo será rechazada. Su número de seguro social (SSN) se le pedirá conforme a las Secciones 42 y 405 del U.S.C. y las Secciones §1653.5, §4150, §4150.2, §12800 y §12801 del *Código de Vehículos de California*. El número se usará en la administración de las leyes sobre las licencias de manejar y de matrícula de vehículos motorizados y para responder a solicitudes sobre información de la Directiva de Impuestos Estatales para la administración de leyes de impuestos y de cualquier agencia actuando en conformidad con las Secciones 42, 601 y subsiguientes del U.S.C. Se utilizará para ayudar en la recaudación de dinero adeudado por un solicitante en relación con la falta de pago de una multa u omisión por parte del solicitante de comparecer en corte, y para ayudar en la recaudación de dinero en relación con la asistencia para familias con niños necesitados, mantenimiento de hijos y/o establecimiento de paternidad.
- **Declaración del examen químico**—Estoy de acuerdo en someterme a un examen químico de la sangre, aliento u orina para determinar el contenido de alcohol o drogas en mi sangre cuando un policía actuando según la §23157 (§23612, vigente el 7-1-99) del *Código de Vehículos* solicite tal examen.
- **Declaración sobre la certificación**—Por la presente, se me ha notificado que estar bajo la influencia del alcohol o drogas, o ambos, deteriora la capacidad para operar con seguridad un vehículo motorizado. Por lo tanto, es extremadamente peligroso para la vida humana manejar mientras se está bajo la influencia del alcohol o drogas, o ambos. Si manejo mientras estoy bajo la influencia del alcohol o drogas, o ambos, y como resultado, una persona muere, puedo ser acusado de homicidio.
- Al firmar esta solicitud, certifico que se me notificó que si actualmente la corte me puso en libertad condicional debido a una ofensa por manejar bajo la influencia, no puedo manejar legalmente con una concentración de alcohol en la sangre (BAC) de 0.01% ó más. Manejar con una BAC de 0.01% ó más resultará en una suspensión de un año de mi privilegio de manejar. Negarse a tomar o no completar un examen de detección de alcohol o examen químico resultará en una suspensión/revocación de dos a tres años de mi privilegio de manejar.
- **Dirección postal**—Soy la persona cuyo nombre aparece en la parte 2 de arriba. La dirección postal mostrada es válida, exacta y existe. Consiento en recibir notificaciones judiciales en esta dirección postal, según las §415.20(b), §415.30(a) y §416.90 del *Código de Procedimiento Civil*.
- **Declaración consultiva**—La información exigida en este formulario pertenece a la elegibilidad según la Ley de Expedientes Públicos. Esta información es expediente público y las agencias del cumplimiento de la ley y compañías de seguros la usan regularmente. El acceso a información sobre el domicilio ahora está restringido y estará disponible a varios solicitantes autorizados para uso limitado. Las personas pueden obtener copias de su propia información durante los horarios regulares de oficina.
- El DMV revisa el estatus del expediente de manejo en otras jurisdicciones por medio del Registro Nacional de Conductores antes de expedir la licencia de manejar de California. A usted no se le expedirá la licencia de manejar de California si otra jurisdicción le ha retirado su privilegio de manejar.

7. FIRMA/DECLARACIÓN DE PERJURIO

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las certificaciones en este documento. *Certifico (o declaro), bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.*

FIRMA	FECHA
X	

8. A DÓNDE ENVIAR POR CORREO ESTE FORMULARIO

El pago para renovar por correo una licencia de manejar básica es \$28.00 ó \$40.00 para licencias comerciales y las restringidas de bombero. Si desea hacer una contribución voluntaria de \$2 para apoyar y promover el registro de donante de órganos y tejidos de *Done Vida California*, marque la casilla e incluya su contribución voluntaria de \$2 en su cheque o giro postal pagadero al DMV y envíe por correo este formulario a: **DMV, Attn: Donor Registry, P.O. Box 942977, San Jose, CA 95194-2977**

☐ \$2 de contribución voluntaria para la donación de órganos y tejidos.

DMV, Attn: Renewal By Mail Unit
PO Box 942890
Sacramento CA 94290-0001

(Por favor escriba el número de su licencia de manejar al dorso del documento de pago)