Нажмите здесь, чтобы НАЧАТЬ или ОЧИСТИТЬ. Затем нажмите клавишу TAB

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF LICENSING

Заявление на получение финансовой помощи

Используйте данный бланк для:

- Подачи заявления на освобождение от оплаты административного сбора для проведения слушания по делу о DUI (Driving Under the Influence, вождение в нетрезвом виде) виде при приостановке или аннулировании Вашего водительского удостоверения.
- Подачи заявления на получение помощи при оплате за установку, снятие или лизинг IID (Ignition Interlock Device, устройство блокировки зажигания).

Мы уведомим Вас в письменном виде, если Ваш запрос был одобрен или отклонен. Для получения более подробной информации об **IID Assistance** (помощь в оплате IID) или **Hearing Administrative Fee Waiver** (освобождение от оплаты сбора за административное слушание), посетите сайт **dol.wa.gov**.

Вид заявления

Отправьте данное заявление и **все необходимые документы** по соответствующему адресу или факсу, указанным ниже. Выберите **только одно** заявление (для каждого вида помощи должно быть подано отдельное заявление):

☐ **Для получения помощи с IID, отправьте заявление по адресу:** Driver Records, Department of Licensing, PO Box 9030, Olympia, WA 98507 или по факсу: (360) 570-7824

☐ **Освобождение от оплаты административного сбора за слушание. Вам необходимо приложить Заявление о слушании по вопросу управления автомобилем в состоянии опьянения или наркотической интоксикации** (Request for DUI Hearing) и все остальные необходимые документы и отправить по адресу: Driver Hearings & Interviews, Department of Licensing, PO Box 9031, Olympia, WA 98507-9031 или по факсу: (360) 570-4950

Заявитель

НАПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ Полное имя *(фамилия, имя, инициал отчества)*		Номер водительского удостоверения	Штат
Дата рождения	(Код района) номер телефона для звонков в дневное время	Адрес электронной почты	

Слушание – заполните данный раздел если подаете заявление на освобождение от оплаты сбора за административное слушание

Имя адвоката, если применимо (**не указывайте государственного защитника**)		
Адрес адвоката *(номер дома и улица или почтовый ящик, город, штат, почтовый индекс)*		
(Код района) номер телефона адвоката	(Код района) номер факса адвоката	Адрес электронной почты адвоката

Правомочность – заявления без указания требуемых доказательств будут отклонены. Приложения не будут возвращены.

Помощь

Отметьте все, что относится к делу – **приложите доказательства (датированные в течение последних 30-ти дней)**

☐ Временная помощь нуждающимся семьям
☐ Помощь общего характера
☐ Продовольственные талоны
☐ Пособия нуждающимся ветеранам
☐ Пособия беженцам-переселенцам
☐ Medicaid
☐ Supplemental security income (дополнительный социальный доход)
☐ У меня есть адвокат, назначенный судом
☐ На данный момент я нахожусь на принудительном лечении в общественной психиатрической клинике

Если ни одно из указанных выше условий к Вам не относится, ответьте на вопросы ниже. **Заявления без указания требуемых доказательств будут отклонены.**

Ответьте на следующие вопросы

1. Общее количество проживающих в Вашем доме человек (включая Вас) . . . . . _____
2. Вы проживаете со своим родителем/опекуном? . . . . . ☐ Да ☐ Нет
3. Ежемесячный доход – **отправьте подтверждение** о доходе, например, расчетные листки за последние 2 месяца, копию последней налоговой декларации или справки W-2. Если у Вас нет дохода или у Вас нет доказательства, приложите письменное заявление, поясняющее ситуацию, и подпишите его.
   a. Размер Вашего дохода и дохода Вашего (-й) супруга (-и) после уплаты налогов и сборов . . . . . $_____
   b. Размер финансовой помощи от прочих членов семьи, проживающих в Вашем доме, которые помогают Вам с оплатой предметов первой необходимости . . . . . $_____
   c. Проценты, дивиденды и прочий доход . . . . . $_____
   d. Пенсии, ренты, социальное страхование и/или социальная помощь . . . . . $_____

Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Washington, что вышеизложенное является истинным и точным. Я даю разрешение Department of Licensing проверить всю предоставленную информацию.

_____ Дата и место подписания (город или округ)

X **По завершении, пожалуйста, распечатайте и подпишитесь здесь.**

Подпись заявителя

For Department Use Only
☐ Approved ☐ Denied By _____

RCW 10.101.010; 46.20.308