

Запрос об оценке водителя

Mail or fax completed report to:
Restricted Licensing
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
 Fax: (360) 570-7893
 Email: MedicalCerts@dol.wa.gov

Используйте данный бланк, чтобы запросить нас об оценке способности физического лица управлять транспортным средством. Вы должны предоставить конкретную информацию о его (ее) состоянии здоровья/зрения и/или способности управлять транспортным средством. Возраст не принимается во внимание.

Основываясь на предоставленной информации, мы проведем расследование и при необходимости примем соответствующие меры. **Отсутствие полной информации может привести к отсутствию действий.**

Мы не можем сообщить Вам результаты, однако, **мы предоставим данный бланк водителю или его (ее) адвокату по письменному запросу.**

Vision professionals: To report results of a visual exam, use the [Visual Examination Report](#) (DR-500-033)

Medical professionals: To report results of a medical exam, use the [Physical Examination Report](#) (DR-500-035)

Водитель

Имя водителя (<i>имя, отчество, фамилия</i>)			Дата рождения
Адрес проживания			
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер водительского удостоверения
Заявление <i>Меня беспокоит, что в связи с одним или несколькими факторами данный водитель не в состоянии безопасно управлять транспортным средством:</i> <input type="checkbox"/> По медицинским показаниям <input type="checkbox"/> По состоянию зрения <input type="checkbox"/> Плохие навыки вождения (объясните ниже)			
Подробности _____ _____ _____			

Запрашивающее лицо

Данное заключение основывается на наблюдении за водителем в качестве (*отметьте одно*)

Law enforcement officer

Name _____

Agency _____ Badge # _____

Check here if there was a collision with a serious injury or fatality and the driver was at fault

Medical professional

Name _____

Profession _____ Professional license # _____

Email _____ (Area code) Fax # _____

Обеспокоенный гражданин

Имя (*имя, отчество, фамилия*) _____

Почтовый адрес _____

(Код района) номер телефона _____ Электронная почта _____

Кем приходитеесь водителю _____

Основываясь на моем личном наблюдении и/или знании, я прошу Department of Licensing оценить квалификацию данного водителя. Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Washington, что вышеизложенное является истинным и точным.

Дата и место (город или округ), где заявление было подписано

X

Подпись