



# Dispositivo de interbloqueo del encendido Solicitud de Ayuda Financiera

Use este formulario para solicitar ayuda para los costos de instalación, retiro y alquiler del dispositivo de interbloqueo del encendido (Ignition Interlock Device, IID).

Le notificaremos por escrito si hemos aprobado o rechazado su solicitud. Para obtener más información sobre la [ayuda para el IID](http://dol.wa.gov), visite [dol.wa.gov](http://dol.wa.gov). Cuando esté completo, envíe este formulario y **todos los documentos requeridos**, por correo postal, correo electrónico o fax a:

**Driver Records**  
Department of Licensing  
PO Box 9030  
Olympia, WA 98507

Correo electrónico: [driversodl@dol.wa.gov](mailto:driversodl@dol.wa.gov)

Fax: (360) 570-7824

## Solicitante

LLENE DESDE LA COMPUTADORA O CON LETRA DE IMPRENTA Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de licencia de conducir	Estado
Fecha de nacimiento	Número de teléfono de 10 dígitos	Correo electrónico	

**Documentación – Se rechazarán las solicitudes que no cuenten con los comprobantes requeridos.**

Los documentos adjuntos no se devolverán.

Derecho a recibir ayuda  
Marque y proporcione el comprobante de uno de los siguientes, si corresponde; el comprobante adjunto **debe** reflejar los beneficios actuales:

- Beneficios del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, DSHS) – Beneficios del DSHS/carta de subvención
- Medicaid/Medicare – Paquete de bienvenida o carta de beneficios/subvención del estado
- Abogado asignado por la corte – Carta de subvención de la corte o carta firmada por el abogado en papel membretado
- Beneficios para veteranos por bajos ingresos – beneficios de VA/carta de subvención
- Beneficios para la reubicación de refugiados – Carta de beneficios/subvención
- Actualmente remitido involuntariamente en un centro público de salud mental – orden judicial

**Si ninguno de los anteriores aplica, complete los puntos siguientes – Se rechazarán las solicitudes que no cuenten con los comprobantes requeridos.**

Verificación de ingresos  
Responda lo siguiente y proporcione el comprobante

1. ¿Tienes algún dependiente? De ser así, ¿cuántos? (incluido usted) . . . . . \$ \_\_\_\_\_
2. Ingreso mensual: Si usted no tiene ingresos o no tiene comprobantes, **adjunte una declaración escrita con su firma explicando esta situación**. Si tiene ingresos, **presente comprobantes**, como los recibos de nómina de los últimos 2 meses, una copia de la declaración de impuestos federales más reciente o el formulario W-2 más reciente.
  - a. Pago combinado mensual neto . . . . . \$ \_\_\_\_\_
  - b. Contribución de cualquier miembro de la familia o de otra persona que viva en el hogar que le esté ayudando con sus costos básicos de manutención . . . . . \$ \_\_\_\_\_
  - c. Intereses, dividendos u otros ingresos . . . . . \$ \_\_\_\_\_
  - d. Pensiones, anualidades o seguridad social . . . . . \$ \_\_\_\_\_

*Declaro so pena de perjurio en virtud de la ley del estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto. Autorizo al Department of Licensing que verifique toda la información proporcionada.*

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar de firma (ciudad o condado)

**X**  
\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

For Department Use Only	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied By _____