



Отправьте отчет по почте или факсу по адресу:

**Driver and Vehicle Records
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
Факс: (360) 570-7893
Электронная почта:
MedicalCerts@dol.wa.gov**

Используйте данный бланк, чтобы запросить у нас оценку 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](#)

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

Водитель

Имя водителя (<i>имя, отчество, фамилия</i>)			Дата рождения
Адрес места жительства			
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер водительского удостоверения

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 fatality or substantial bodily harm and the driver was at fault

Medical professional

Name: _____

Profession: _____ Professional license #: _____

Email: _____ 10-digit fax #: _____

Обеспокоенный гражданин

Полное имя (*имя, отчество, фамилия*): _____

Почтовый адрес: _____

10-значный номер телефона: _____ Эл. почта: _____

Кем приходитеесь водителю: _____

Заявление (*укажите подробности в поле под разделом*)

Меня беспокоит то, что у этого водителя есть одна или более проблем, которые могут повлиять на его способность безопасно управлять транспортным средством:

Состояние здоровья Состояние зрения Низкие навыки вождения

Подробности

Основываясь на моем личном наблюдении и (или) знании, я обращаюсь в Department of Licensing с просьбой оценить квалификацию данного водителя.

Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законом штата Washington, что вышеуказанные сведения верны и точны.

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

X

Подпись