



Gửi qua bưu điện hoặc chuyển fax  
bản báo cáo đã được hoàn tất đến:  
**Driver and Vehicle Records**  
Department of Licensing  
PO Box 9030  
Olympia, WA 98507  
Fax: (360) 570-7893  
Email: [MedicalCerts@dol.wa.gov](mailto:MedicalCerts@dol.wa.gov)

Sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu chúng tôi đánh giá khả năng lái xe của một cá nhân. Quý vị phải cung cấp thông tin cụ thể về tình trạng y tế/thị lực và/hoặc khả năng lái xe của họ. Tuổi tác không phải là yếu tố được xem xét. Dựa vào thông tin được cung cấp, chúng tôi sẽ điều tra và có hành động cần thiết. **Nếu thông tin không đầy đủ, có thể chúng tôi sẽ không hành động.**

Chúng tôi không thể tiết lộ kết quả cho quý vị biết; tuy nhiên, chúng tôi sẽ cung cấp mẫu đơn này cho người lái xe hoặc luật sư của họ khi có văn bản yêu cầu.

**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](#)

**Người lái xe**

Tên của người lái xe ( <i>Tên, Tên đệm, Họ</i> )			Ngày sinh
Địa chỉ cư trú			
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện	Số giấy phép lái xe

**Người yêu cầu**

Kiến thức của người lái xe này được dựa trên kết quả quan sát với vai trò (*đánh dấu một lựa chọn*)

**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 #: \_\_\_\_\_

**Công dân có quan ngại**  
Tên (*Tên, Tên đệm, Họ*): \_\_\_\_\_  
Địa chỉ gửi thư: \_\_\_\_\_  
Số điện thoại gồm 10 chữ số: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Mối quan hệ với người lái xe: \_\_\_\_\_

Trình bày (*giải thích các chi tiết ở phần trống được cung cấp bên dưới lựa chọn*)  
**Tôi quan ngại rằng người lái xe này có một hoặc nhiều tình trạng sau đây mà có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe an toàn của họ:**  
 Tình trạng y tế  Tình trạng thị lực  Kỹ năng lái xe kém

Chi tiết

Dựa vào việc quan sát và/hoặc kiến thức của cá nhân tôi, tôi yêu cầu Department of Licensing đánh giá điều kiện hội đủ của người lái xe này.  
Tôi chấp nhận sẽ bị phạt nếu khai man theo luật của Tiểu Bang Washington và xác nhận rằng nội dung trên là đúng sự thật và chính xác.

\_\_\_\_\_  
Ngày và nơi (thành phố hoặc quận) ký tên

**X**  
\_\_\_\_\_  
Chữ ký