

Устройство блокировки зажигания Заявление на получение финансовой помощи

Используйте данную форму для 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. Чтобы получить дополнительную информацию о [помощи при оплате за IID](#), посетите веб-сайт dol.wa.gov. Заполненную форму вместе со **всеми необходимыми документами** отправляйте по обычной или электронной почте или факсу. Контактная информация:

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

Электронная почта: driversodl@dol.wa.gov
Факс: (360) 570-7824

Заявитель

НАПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)		Номер водительского удостоверения	Штат
Дата рождения	10-значный номер телефона	Электронная почта	

Документы — Заявления без указания требуемых доказательств будут отклонены. Приложения не будут возвращены.

<p>Право на получение помощи</p> <p>Проверьте следующие пункты и предоставьте доказательство одного из них; если применимо, прилагаемое доказательство должно подтверждать получение пособий в настоящее время</p> <p><input type="checkbox"/> Пособия DSHS (Department of Social and Health Services, Департамент социального обеспечения и здравоохранения) — письмо из DSHS с указанием суммы пособия</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid/Medicare — приветственный пакет или письмо от представительства штата с указанием суммы пособия</p> <p><input type="checkbox"/> Адвокат по назначению суда — письмо из суда с указанием суммы пособия или подписанное адвокатом письмо на фирменном бланке</p> <p><input type="checkbox"/> Пособия ветеранам в связи с бедностью — письмо из VA (Veterans Affairs, Министерство по делам ветеранов) с указанием суммы пособия</p> <p><input type="checkbox"/> Пособия на переселение беженцев — письмо с указанием суммы пособия</p> <p><input type="checkbox"/> Текущее пребывание на принудительном лечении в общественной психиатрической клинике — постановление суда</p>
--

Если ни один из вышеперечисленных пунктов не применим, заполните пункты ниже — Заявления без указания требуемых доказательств будут отклонены.

<p>Подтверждение дохода</p> <p>Ответьте на следующие вопросы и предоставьте доказательства</p> <p>1. Есть ли на Вашем попечении иждивенцы? Если да, сколько человек? (включая Вас) \$ _____</p> <p>2. Ежемесячный доход — если у Вас нет дохода или доказательства, приложите подписанное письменное заявление, поясняющее ситуацию. Если у Вас есть доход, предоставьте доказательство, например расчетные листки за последние 2 месяца, копию последней федеральной налоговой декларации или последние формы W-2.</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Совокупный ежемесячный доход \$ _____</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Размер финансовой помощи от прочих членов семьи, проживающих в Вашем доме, которые помогают Вам с оплатой предметов первой необходимости. \$ _____</p> <p style="margin-left: 20px;">c. Проценты, дивиденды и прочий доход. \$ _____</p> <p style="margin-left: 20px;">d. Пенсии, аннуитеты и/или социальное обеспечение \$ _____</p>

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

_____ **X** _____

Дата и место подписи (город или округ) Подпись заявителя

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