

請使用本表單新增或移除駕照和身分證 (ID) 系統中的指定資訊。

這些指定資訊可讓急救人員了解您的溝通方式，或會影響健康緊急狀態的情形：

- 大多數的執法單位都可以在查詢我們系統中的民眾資訊時，檢視到這些指定資訊。
- 醫療人員可檢視印在駕照或身分證上的指定資訊。他們無法存取我們系統中的資訊。

若您未滿18歲，則您的家長也必須在這份申請表上簽名。

填妥後，請親自攜帶本表單前往監理所，或將表單郵寄至：

**Programs and Services, Record Response**  
**Department of Licensing**  
**PO Box 9030**  
**Olympia, WA 98507-9030**

若您郵寄此表單，我們會與您聯絡，以便完成您的申請事宜。

如有疑問，或如需語言協助，請致電：(360) 902-3900

### 申請人資訊

輸入或以正楷書寫與您目前的駕照或身分證上顯示的姓名相同的姓名 (姓氏、名字、中間名)			駕照或身分證號碼
郵寄地址 (街道地址或郵政信箱)			
市	州	郵遞區號	10位數字的白天聯絡電話號碼
您希望我們用什麼方式與您聯絡？ <input type="checkbox"/> 電郵 <input type="checkbox"/> 美國郵政		電郵	

### 指定資訊

選取您想要與我們系統內您的姓名相連結的指定資訊。您也有權選擇顯示或移除駕照或身分證上的適用符號 (如下所示)。

顯示在我們系統中的指定資訊 (選擇所有適用選項)	
<input type="checkbox"/> <b>醫療警示</b>	<input type="checkbox"/> 在我的駕照或身分證和DOL (Department of Licensing, 當地監理所)系統中顯示醫療警示符號 <input type="checkbox"/> 不要在我的駕照/身分證上顯示這個符號，但在DOL系統中保留這個符號 <input type="checkbox"/> 移除DOL系統中的這項指定資訊 (不會顯示在日後的駕照或身份證上)
<input type="checkbox"/> <b>聽障</b>	<input type="checkbox"/> 在我的駕照或身分證和DOL系統中顯示聽障符號 <input type="checkbox"/> 不要在我的駕照/身分證上顯示這個符號，但在DOL系統中保留這個符號 <input type="checkbox"/> 移除DOL系統中的這項指定資訊 (不會顯示在日後的駕照或身份證上)
<input type="checkbox"/> <b>發展失能</b>	<input type="checkbox"/> 在我的駕照或身分證和DOL系統中顯示發展失能符號 <input type="checkbox"/> 不要在我的駕照/身分證上顯示這個符號，但在DOL系統中保留這個符號 <input type="checkbox"/> 移除DOL系統中的這項指定資訊 (不會顯示在日後的駕照或身份證上)

**X**

申請人簽名

日期

**X**

若申請人未滿18歲，需家長/監護人簽名

日期

家長/監護人駕照/身分證號碼

州