

**DUI行政听证会
费用减免申请**

使用此表格申请DUI（Driving under the influence，酒驾和毒驾）吊销或撤销驾驶执照听证会的行政费用经济援助。

如果您的申请获批准或遭拒绝，我们将以书面形式通知您。有关DUI行政听证会费用减免的更多信息，请访问 dol.wa.gov。您必须提交DUI听证会申请 (Request for DUI Hearing) (525-001表) 和所有其他必要文件。填妥后，请将本表单和所有必要文件通过邮件、电子邮件或传真提交至以下地址：

**Administrative Law Office
Department of Licensing
PO Box 9031
Olympia, WA 98507-9031**

电子邮箱: hearings@dol.wa.gov

传真号码: (360) 570-4950

申请人

以正楷书写或输入姓名（姓氏、名字、中间名）		驾驶执照号码	州
出生日期（月/日/年）	10位数字的电话号码	电子邮箱	

听证会 — 在行政听证会期间，您有权自费聘请律师代表您，或者您也可以为自己辩护。请勿输入公设辩护人

律师姓名，如果适用		
律师地址（街道地址或邮政信箱、市、州、邮政编码）		
律师的10位数电话号码	律师的10位数传真号码	律师的电子邮箱

资格 — 没有提供所需证明的申请将被拒绝。附件将不会退还。

援助 勾选所有适用项 — 附上证明（日期在最近30天内） 贫困家庭临时援助计划 一般援助 食品券 年长者、视力障碍者或残障人士援助福利 孕妇援助福利 根据RCW（Revised Code of Washington，《Washington州修订法案》）第74.09.035条提供的医疗保健服务 与贫困有关的退伍军人福利 难民安置福利 Medicaid 补充保障收入 本人有法庭指定的律师 本人目前被非自愿地送往公共心理健康机构 以上皆无 如果您选择“以上皆无”，请和本申请一起填妥并提交DUI行政听证会费用减免补充资格判定标准 (DUI Administrative Hearing Fee Waiver Additional Eligibility Determination) (525-010A表)。
--

本人特此声明上述内容真实无误，如有不实，愿依Washington法律受伪证罪处罚。本人授权Department of Licensing核实本人提供的信息。

签名日期和地点（市或县）

X

申请人签名

For Department Use Only

☐ Approved ☐ Denied By _____