WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF LICENSING

Determinación para tener derechos adicionales de exención de la tarifa administrativa de una audiencia por conducir bajo los efectos del alcohol **o las drogas (Driving Under the Influence, DUI)**

Incluya este formulario como documento adicional para solicitar asistencia financiera para cubrir el costo de la tarifa administrativa de una audiencia relacionada con la suspensión o revocación de su licencia de conducir por DUI, en caso de que no se aplique ninguno de los requisitos de elegibilidad de la Solicitud de exención de la tarifa administrativa de una audiencia por DUI (formulario 525-010).

Debe enviar este formulario contestado y todos **los documentos requeridos** con su Solicitud de exención de la tarifa administrativa de una audiencia por DUI (formulario 525-010) **en caso de que esté presentando pruebas para la determinación para tener derechos adicionales.**

Para obtener más información sobre la exención de la tarifa administrativa de una audiencia por DUI, visite dol.wa.gov.

Solicitante

ESCRIBA A MANO O POR COMPUTADORA Nombre *(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	Número de licencia de conducir	Estado

Requisitos para tener derechos adicionales: **las solicitudes que no incluyan los comprobantes requeridos serán rechazadas.** Los documentos adjuntos no se devolverán.

Responda lo siguiente

1. Número total de personas que viven en su hogar (incluyéndole) . . . . . _____
2. ¿Vive con su padre, madre o tutor? . . . . . ☐ Sí ☐ No
3. Ingresos mensuales: **presente comprobantes** de ingresos, tales como los recibos de nómina de los últimos 2 meses, una copia de su declaración de impuestos federal reciente o de los formularios W-2. En caso de no tener ingresos o no tener comprobantes, adjunte una declaración por escrito con su firma que explique esta situación.
   a. Sueldo neto mensual suyo y de su cónyuge . . . . . $_____
   b. Contribuciones de cualquier miembro de la familia o de otra persona que viva en su hogar que le esté ayudando a cubrir sus costos básicos de manutención . . . . . $_____
   c. Intereses, dividendos u otros ingresos . . . . . $_____
   d. Pensiones, anualidades, seguridad social o asistencia pública . . . . . $_____

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de la ley del estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto. Autorizo al Department of Licensing para verificar la información que proporcioné.

_____ X **Cuando haya llenado este formulario, imprímalo y firme aquí.** _____

Fecha y lugar de firma (ciudad o condado) — Firma del solicitante

RCW 10.101.010; 46.20.308

HRNG-525-010Aes (R/8/23)VWA

For Department Use Only
☐ Approved ☐ Denied By _____