



## 장애인 주차증/번호판 신청

본인의 신청 또는 갱신 사항은 다음과 같습니다.

<input type="checkbox"/> 장애인 번호판	<input type="checkbox"/> 장애인 주차증	<input type="checkbox"/> 장애인 번호판 및 장애인 주차증
----------------------------------	----------------------------------	--

**장애인 주차증을 신청할 경우:** 이 양식을 다음 주소나 팩스 번호로 발송할 수 있습니다. 주소: DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120 Washington, DC 20090, 팩스 번호: 202-673-9908.

**장애인 번호판을 신청할 경우:** 이 양식과 10 달러 수표 또는 머니 오더(교체 번호판 수수료)를 **DC Treasurer** 명의로 발급하여 위 주소로 보낼 수 있습니다. 팩스 이용은 불가능합니다.

신청자 정보					
성(Last Name)		이름(First name)		중간 이름(Middle Name)	접미사
주소			아파트/호수	시/주	우편 번호
				<b>WASHINGTON, DC</b>	
생년월일	DLN, IDN 또는 SSN	전화 번호		현재 주차증/번호판 번호 (갱신인 경우에만 해당)	
이메일 주소					

신청자는 다음 내용을 선언/확인합니다.

본인은 DC 차량관리국이 부여하는 장애인 주차증이나 번호판을 컬럼비아 특별구 지역 규정의 Title 18, Chapter 27에 규정된 대로 사용할 것입니다. 본인은 장애인 주차증이나 번호판을 타인에게 양도할 수 없으며 본인만 사용할 수 있다는 점을 이해합니다. 그리고 내가 주차증이 부착된 차량에 탑승하고 있을 경우에만 지정된 운전자로 하여금 장애인 주차증을 표시하도록 할 수 있습니다.

위 정보는 내가 알고 있는 최대한의 범위 내에서 진실하고 정확합니다.

신청자 서명:	일자
---------	----

본인 직접 인증 사항	
<p>귀하가 아래의 장애를 가지고 있고 자신이 직접 신청할 경우 아래 사항을 스스로 인증할 수 있습니다.</p> <p>해당 사항을 체크하십시오:</p> <p>A. <input type="checkbox"/> 다리가 없음, 또는</p> <p>B. <input type="checkbox"/> 전동 휠체어 없이는 보행할 수 없음</p> <p>귀하가 DC DMV 서비스 센터에 가서 직접 신청하는 경우, 2 페이지에 있는 의료 정보 또는 의사 확인서를 작성할 필요가 없습니다. 이 양식을 우편이나 팩스로 발송할 경우에는 2 페이지에 있는 의료 정보와 의사 확인서를 작성해야 합니다.</p>	
신청자 서명:	일자

이 양식에 허위 진술을 하면 DC 법률 위반에 해당되고 최대 1,000 달러의 벌금, 180일의 징역형을 받거나 벌금과 징역형을 모두 받을 수도 있습니다. (D.C. 법률 §22-2405)

(뒷면)

신청자 이름	DLS, IDN 또는 SSN

**의료 정보**  
이 부분은 면허소지 의사가 작성해야 합니다

**질문 A ~ D는 장기적 장애에 해당됨:**

A. 신청자가 한쪽 또는 양쪽 다리를 사용할 수 없습니까?

예    아니요

B. 신청자가 심각한 장애를 입어서 기계적 장치의 도움 없이는 보행할 수 없습니까?  
참고: 기계적 장치에는 휠체어, 보행기, 목발, 지팡이, 긴 다리 보조기가 포함됩니다.

예    아니요

C. 신청자가 호흡기 질환이나 질병을 가지고 있습니까?

**참고:** 해당자의 성별, 연령, 신장에 대한 정상 예측치를 기준으로, 폐활량계로 리터 단위로 측정 시 Aerial PO2가 60 mmHg 미만, "FVC" (Forced Vital Capacity)가 예측치의 50% 미만, "FEV1"(Forced Expiratory Volume in one second)가 예측치의 40% 미만, FEV1/FVC가 실제 수치의 40% 미만인 정도를 고려하여 판단.

예    아니요

D. 신청자가 기동성을 장기적으로 크게 훼손하는 신체적 장애를 가지고 있습니까?

예    아니요

**질문 E는 일시적 장애에 해당됨:**

E. 신청자가 기동성을 일시적으로 크게 훼손하는 신체적 장애를 가지고 있습니까?

예    아니요

'예'일 경우 의사는 장애 기간을 추정해야 합니다. 시작일: \_\_\_\_\_ 종료일: \_\_\_\_\_

의사 인증	
의사 ID 번호	주
의사 이름 (인쇄체)	
주소	
전화 번호	이메일 주소
의사 서명	일자

이 양식에 허위 진술을 하면 DC 법률 위반에 해당되고 최대 1,000 달러의 벌금, 180일의 징역형을 받거나 벌금과 징역형을 모두 받을 수도 있습니다. (D.C. 법률 §22-2405)

자세한 내용은 저희 웹사이트: [www.dmv.dc.gov](http://www.dmv.dc.gov) 를 참고하거나 DC 시내 전화 311 번 또는 202-737-4404 번으로 문의하십시오.

DC 정부당국이나 공무원의 낭비, 부당행위, 남용행위를 보고하려면 DC 감찰국(Office of the DC Inspector General) 전화 1-800-521-1639 번으로 연락 주십시오.