



DÉCLARATION SUR LE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR IDENTIFIANT À BUT RESTREINT

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance

Je certifie qu'un numéro de sécurité sociale ne m'a pas été attribué ; qu'un numéro de sécurité sociale m'a été attribué, mais qu'au moment de la demande je ne peux pas établir une présence légale aux États-Unis ou que je suis inéligible pour recevoir un numéro de sécurité sociale.

Toute personne qui se sert d'un nom ou d'une adresse fictive et qui, en toute connaissance de cause, fait une fausse déclaration sur la présente demande, commet une violation des lois de DC et est sujette à une amende d'un maximum de USD 1000 ou à une peine de 180 jours en prison ou aux deux peines cumulées. (D.C. Official Code §22-2405)

J'affirme par la présente que l'information qui figure sur cette demande est exacte.

Signature du requérant : _____ Date : _____

RÉSERVÉ À L'USAGE OFFICIEL DU DMV

SIGNATURE DE L'EXAMINATEUR DU DMV : _____ DATE : _____

Pour plus d'informations, consultez notre site Internet : www.dmv.dc.gov ou composez le 311 à DC ou le 202-737-4404.
Pour faire état de gaspillage, escroquerie ou abus par un organe ou un fonctionnaire du gouvernement de DC, appelez le bureau de l'Inspecteur général de DC [DC Inspector General] au 1-800-521-1639.