



残障人士专用泊车牌照及/或车牌申请

本人申请或续期:

<input type="checkbox"/> 残障人士专用车牌	<input type="checkbox"/> 残障人士专用泊车牌照	<input type="checkbox"/> 残障人士专用车牌和 残障人士专用泊车牌照
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------------------

如果申请残障人士专用泊车牌照: 您可将此表邮寄至哥伦比亚特区机动车辆管理局: PO Box 90120 Washington, DC 20090, 或传真至: 202-673-9908。

如果申请残障人士专用车牌: 您可将此表和 10 美元支票或汇票 (车牌更换费用) 邮寄和支付给: **哥伦比亚特区财务长 (DC Treasurer)**, 地址如上。不接受传真。

申请者信息			
姓氏	名字	中间名	后缀
地址		门牌号	城市/州
			WASHINGTON, DC
出生日期	DLN、IDN 或 SSN	电话号码	当前牌照/车牌号 (仅用于续期)
电子邮件地址			

申请者必须发誓或确保做到以下事项:

本人将使用哥伦比亚特区机动车辆管理局根据《哥伦比亚特区市政条例》第 18 款第 27 章颁发的残障人士专用牌照或车牌。本人了解, 残障人士专用泊车牌照或车牌不得转让给他人, 且仅供本人使用。仅当本人以乘客身份坐在出示残障人士专用牌照的车内时, 本人才可指定驾驶员出示残障人士专用泊车牌照。

据本人所知所信, 上述信息真实准确。

申请者签名:	日期
---------------	----

本人自行证明	
<p>如果您患有下列残疾中的一种, 且由本人亲自提交申请, 您可自行证明。</p> <p>请勾选适用项:</p> <p>A. <input type="checkbox"/> 失去下肢或</p> <p>B. <input type="checkbox"/> 必须在电动轮椅的辅助下才能行走</p> <p>如果您本人亲自前往哥伦比亚特区机动车辆管理局的任何服务中心提交申请, 则您无需填写第 2 页的医疗信息或医生证明部分。如果您采用邮寄或传真此表的方式, 则需填写第 2 页的医疗信息和医生证明部分。</p>	
申请者签名:	日期

一旦此表包含任何虚假陈述, 将被视为违反哥伦比亚特区的法律, 可被处以最高达 1,000 美元的罚款或 180 天的监禁, 或二者并罚。
(《哥伦比亚特区官方法规》第 22-2405 款)

申请者姓名	DLS、IDN 或 SSN

医疗信息
此部分必须由执照医生填写

问题 A – D 适用于长期残障人士：

A. 申请者是否为单 (1) 腿或双腿失能？

是 否

B. 申请者是否患有严重残疾且必须依靠机械装置的辅助才能行走？
注意：机械装置包括轮椅、步行器、拐杖、手杖及加长型下肢支具。

是 否

C. 申请者是否患有呼吸道疾病或病痛？

注意：在用肺活量计进行测量（以升为单位）后，可参考基于个体性别、年龄及身高预测的正常值，其中气体氧分压 (PO2) 应小于 60 毫米汞柱、最大肺活量（“FVC”）应小于预测值的 50%、第 1 秒用力呼气量（“FEV1”）应小于预测值的 40% 及 FEV1/FVC 应小于实际值的 40%。

是 否

D. 申请者是否患有长期且严重影响行动能力的身体残疾？

是 否

问题 E 适用于暂时性残疾：

E. 申请者是否患有暂时性但严重影响行动能力的身体残疾？

是 否

如回答“是”，医生必须预估残疾持续的时间：起始时间：_____ 结束时间：_____

医生证明	
医生的身份证号	州
医生姓名（请正楷书写）	
地址	
电话号码	电子邮件地址
医生签名	日期

一旦此表包含任何虚假陈述，将被视为违反哥伦比亚特区的法律，可被处以最高达 1,000 美元的罚款或 180 天的监禁，或二者并罚。
(《哥伦比亚特区官方法规》第 22-2405 款)

请访问我们的网站：www.dmv.dc.gov 或致电 311（哥伦比亚特区境内）或 202-737-4404，了解更多信息。
如要举报任何哥伦比亚特区政府机构或官员的浪费、欺诈或滥用职权行为，请致电哥伦比亚特区监察长办公室 1-800-521-1639。