



## DEMANDE DE PERMIS DE STATIONNEMENT/PLAQUES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

J'introduis ma demande pour ou pour le renouvellement de :

<input type="checkbox"/> Plaques d'immatriculation pour personnes handicapées	<input type="checkbox"/> Permis de stationnement pour personnes handicapées	<input type="checkbox"/> Plaques d'immatriculation et permis de stationnement pour personnes handicapées
---	---	--

Si vous demandez un Permis de stationnement pour personnes handicapées : Vous pouvez envoyer ce formulaire par la poste à l'adresse suivante : DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120 Washington, DC 20090, ou par télécopie au numéro 202-673-9908.

Si vous demandez des Plaques d'immatriculation pour personnes handicapées : Vous pouvez envoyer ce formulaire, accompagné d'une chèque ou mandat postal pour 10 USD (frais de remplacement des plaques) émis à l'ordre de **DC Treasurer**, à l'adresse ci-dessus. Les télécopies ne seront pas acceptées.

DONNÉES DU REQUÉRANT				
Nom de famille		Prénom	Deuxième prénom	Suffixe
Adresse		No. appt./unité	Ville/état	Code postal
			WASHINGTON, DC	
Date de naissance	No. du permis de conduire, carte d'identité ou sécurité sociale	Numéro de téléphone	Numéro actuel du permis/des plaques (Seulement pour le renouvellement)	
Adresse électronique				

Le requérant affirme solennellement ce qui suit :

J'utiliserai le permis ou les plaques d'immatriculation qui m'ont été accordés par le Département des véhicules à moteur de DC comme prévu par le Chapitre 27 du Titre 18 du Règlement municipal du District de Columbia. Je comprends que ni le permis de stationnement ni les plaques d'immatriculation pour personnes handicapées ne peuvent être transférés à une autre personne et sont strictement à mon usage personnel. Je peux demander à un conducteur désigné d'afficher le permis de stationnement pour personnes handicapées uniquement lorsque je suis un passager du véhicule qui affiche le permis.

Les renseignements donnés ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts.

<b>Signature du requérant :</b>	<b>Date</b>
---------------------------------	-------------

### AUTO-CERTIFICATION AU COMPTOIR

Si vous souffrez d'un des handicaps suivants, vous pouvez auto-certifier si vous vous présentez au comptoir.

Veuillez cocher s'il y a lieu :

- A.  Manque d'une extrémité inférieure ou
- B.  Incapable de marcher sans un fauteuil roulant motorisé

Si vous vous présentez au comptoir à tout centre de service du DMV de DC, vous n'êtes pas dans l'obligation de remplir ni les informations médicales ni l'attestation du médecin qui se trouvent en Page 2. Si vous envoyez le formulaire par la

poste ou par télécopie, les informations médicales et l'attestation en Page 2 sont exigées.

**Signature du requérant :**

**Date**

Un faux énoncé sur ce formulaire constitue une violation des lois de DC sujette à une amende jusqu'à 1000 USD ou à une peine privative de liberté de 180 jours ou aux deux peines cumulées (D.C. Official Code § 22-2405).

Nom du requérant	Non. du permis de conduire, de la carte d'identité ou de la sécurité sociale

**INFORMATION S MÉDICALES**  
**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN HABILITÉ**

**QUESTIONS A - D CONCERNENT LES INVALIDITES À LONG TERME :**

A. Le requérant a-t-il / la requérante a-t-elle perdu l'usage d'une (1) ou des deux jambes ?

Oui     Non

B. Le requérant est-il / la requérante est-elle gravement handicapé(e) et incapable de marcher sans l'aide d'un appareil mécanique ?

NB : Un appareil mécanique comprend un fauteuil roulant, un marcheur, des béquilles, une canne ou des orthèses.

Oui     Non

C. Le requérant souffre-t-il / la requérante souffre-t-elle d'une maladie ou insuffisance respiratoire ?

**NB :** Compte tenu du fait que le PO<sub>2</sub> de l'air est en-dessous de 60 mmHg, la Capacité vitale forcée (« CVF ») est de moins que 50% de la valeur prévue, le Volume expiratoire maximal en une seconde (« VEM1 ») est de moins que 40% de la valeur prévue et VEM1/CVF est de moins que 40% de la valeur réelle quand mesuré en litres par un spiromètre sur base de valeurs normales prévues pour le sexe, l'âge et la grandeur de la personne .

Oui     Non

D. Le requérant a-t-il / la requérante a-t-elle une invalidité physique de longue durée qui entrave considérablement sa mobilité ?

Oui     Non

**QUESTION E CONCERNE LES INVALIDITES TEMPORAIRES :**

E. Le requérant souffre-t-il / la requérante souffre-t-elle d'une invalidité physique temporaire qui entrave considérablement sa mobilité ?

Oui     Non

Si oui, le médecin doit estimer la durée de l'invalidité. De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DU MÉDECIN**

Numéro d'identification du médecin		État
Nom du médecin (Veuillez l'écrire avec des caractères d'imprimerie)		
Adresse		
Numéro de téléphone	Adresse électronique	
Signature du médecin		Date

Un faux énoncé sur ce formulaire constitue une violation des lois de DC sujette à une amende jusqu'à 1000 USD ou à une peine privative de liberté de 180 jours ou aux deux peines cumulées (D.C. Official Code § 22-2405). Un faux énoncé peut être motif à un refus, une suspension ou une révocation du permis de conduire du requérant.

Visitez notre site Web [www.dmv.dc.gov](http://www.dmv.dc.gov) ou composez le 311 ou le 202-737-4404 pour plus d'informations.

Pour faire état de gaspillage, escroquerie ou abus par tout organe ou fonctionnaire du gouvernement de DC, appelez le bureau de l'Inspecteur général de DC [DC Inspector General] au 1-800-521-1639.