



## DEMANDE DE RESTITUTION DE PERMIS

| INFORMATIONS SUR LE CLIENT   |        |                      |                        |             |
|------------------------------|--------|----------------------|------------------------|-------------|
| NOM COMPLET                  |        |                      |                        |             |
| NOM DE FAMILLE               | PRENOM | DEUXIEME PRENOM      | SUFFIXE                | DATE        |
|                              |        |                      |                        |             |
| ADRESSE                      |        | VILLE                | ÉTAT                   | CODE POSTAL |
|                              |        |                      |                        |             |
| NUMERO DE TELEPHONE          |        | ADRESSE E-MAIL       |                        |             |
|                              |        |                      |                        |             |
| NUMERO DE PERMIS DE CONDUIRE | ÉTAT   | DATE DE NAISSANCE    |                        |             |
|                              |        |                      |                        |             |
| ACCUSATION                   |        | DATE DE L'ACCUSATION | STATUT DE L'ACCUSATION |             |
|                              |        |                      |                        |             |

| VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION  |   |
|---|---|
| Avez-vous conduit un véhicule à moteur depuis votre retrait de permis ?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Quand avez-vous conduit un véhicule à moteur pour la dernière fois ?  |   |
| Avez-vous été accusé(e) d'une infraction à la loi sur l'alcool au volant depuis votre retrait de permis ?   |   |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |   |
| Si <b>oui</b> , indiquez la date et le lieu de cette accusation :   |   |
| Veuillez noter que si vous avez été condamné(e) pour une infraction liée à l'alcool, un certificat attestant que vous avez suivi un programme de counseling certifié par l'État est <b>OBLIGATOIRE</b> . Vous trouverez un répertoire des prestataires de services de traitement sur le site <a href="http://doh.dc.gov">doh.dc.gov</a> sous l'onglet Ressources. |   |
| Remarque : Les cours MADD Victim Impact et Driver Improvement ne sont pas des documents acceptables pour l'exigence du programme de conseil en matière d'alcoolisme certifié par l'État.  |   |
| Avez-vous suivi un <b>programme de counseling en matière d'alcool certifié par l'État</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |   |
| Si <b>oui</b> , veuillez joindre/télécharger une copie du certificat de participation.  |   |
| Si <b>non</b> , avez-vous effectué une <b>évaluation de la consommation d'alcool ou de stupéfiants</b> et a-t-il été déterminé que le counseling n'était pas nécessaire ?   |   |
| Si <b>oui</b> , veuillez joindre/télécharger une copie de l'évaluation.   |   |

| INFORMATIONS IMPORTANTES  |  |
|---|--|
| Tous les justificatifs doivent être soumis avec la demande de restitution de permis. Un agent d'audience examinera la demande et la documentation.<br>Une décision sera rendue par écrit et envoyée par courrier. Toutefois, si l'agent d'audience estime qu'une audience en personne ou virtuelle serait bénéfique pour mieux comprendre les circonstances, il peut vous contacter pour fixer une date d'audience. |  |
| Une assurance pour risques élevés peut être exigée à la restitution du permis si la condamnation a eu lieu au cours des trois dernières années.   |  |

Toute personne utilisant un nom ou une adresse fictif(ve) et qui, en toute connaissance de cause, fait une fausse déclaration sur ce formulaire enfreint la loi du DC et est passible d'une amende pouvant atteindre 1 000 \$ ou de 180 jours d'emprisonnement ou les deux. (Code officiel du DC §22-2405)

Je certifie et déclare par la présente que les informations fournies ci-dessus pour la restitution du permis sont véridiques et correctes.

|                     |  |      |  |
|---------------------|--|------|--|
| SIGNATURE DU CLIENT |  | DATE |  |
|---------------------|--|------|--|

### SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

|  |  |
|--|--|
| <b>Envoyez par e-mail</b> la demande accompagnée des pièces justificatives à :<br><a href="mailto:adjhearings@dcdmv.zendesk.com">adjhearings@dcdmv.zendesk.com</a> | <b>Envoyez par courrier postal</b> la demande accompagnée des pièces justificatives à :<br>Adjudication Services PO Box 91980 Washington, DC 20098 |
|--|--|

GOUVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA  
DÉPARTEMENT DES VÉHICULES MOTORISÉS



**Apportez** ce formulaire rempli accompagné des pièces justificatives à [Adjudication Services](#) 955 L'Enfant Plaza SW, P-100 Washington, DC pendant les heures d'ouverture.