



SOLICITUD DE RESTABLECIMIENTO

| INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO | | | | |
|--------------------------------|--------|---------------------------------|---------------------------|---------------|
| NOMBRE LEGAL COMPLETO | | | | |
| APELLIDO | NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SUFIJO | FECHA |
| | | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | |
| | | | | |
| NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR | ESTADO | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| | | | | |
| ACUSACIÓN | | FECHA DE LA ACUSACIÓN | CONDICIÓN DE LA ACUSACIÓN | |
| | | | | |

| COMPLETE ESTA SECCIÓN |
|--|
| ¿Ha conducido un vehículo motorizado desde que le revocaron la licencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuándo fue la última vez que condujo un vehículo motorizado? |
| ¿Ha sido acusado por infracciones de tránsito por alcohol desde que le revocaron la licencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es sí , ¿cuándo y dónde se produjo esa acusación? |
| Tenga en cuenta que, si ha recibido una condena por un delito relacionado con el alcohol, es OBLIGATORIO presentar un certificado de finalización de un programa de asesoramiento sobre el alcohol certificado por el estado. Puede encontrar un directorio de proveedores de servicios de tratamiento en doh.dc.gov debajo de la pestaña Recursos. |
| ¿Ha completado un programa de asesoramiento sobre el alcohol certificado por el estado ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es sí , adjunte/suba una copia del certificado de finalización. |
| Si la respuesta es no , ¿se ha sometido a una evaluación por alcohol/drogas en la que se haya determinado que el asesoramiento no era necesario? |
| Si la respuesta es sí , adjunte/suba una copia de la evaluación. |

| INFORMACIÓN IMPORTANTE |
|---|
| Debe presentar toda la documentación junto con la solicitud de restablecimiento. Un examinador de audiencias revisará la solicitud y la documentación. Se le enviará la decisión escrita por correo. Sin embargo, si el examinador de audiencias considera que una audiencia en persona o virtual sería beneficiosa para comprender mejor las circunstancias, podrían comunicarse con usted para programarla. |
| Si la condena se produjo en los últimos tres años, podrían exigirle un seguro de alto riesgo en el momento del restablecimiento. |

Cualquier persona que utilice un nombre o una dirección ficticia o que haga intencionalmente cualquier declaración falsa en esta solicitud está infringiendo la ley del DC y está sujeta a una multa de no más de \$1,000 o 180 días de prisión o ambos. (Código Oficial del DC, sección 22-2405).

Por medio de la presente, certifico y afirmo que la información proporcionada anteriormente para el restablecimiento es verdadera y correcta.

| | | | |
|------------------------|--|-------|--|
| FIRMA DEL BENEFICIARIO | | FECHA | |
|------------------------|--|-------|--|

ENVÍE SU SOLICITUD

| | |
|---|---|
| Envíe la solicitud y la documentación de apoyo por correo electrónico a adjhearings@dcdmv.zendesk.com | Envíe la solicitud y la documentación de apoyo por correo a: Adjudication Services PO Box 91980 Washington, DC 20098 |
|---|---|

Presente este formulario completo y la documentación de apoyo a los [Servicios de adjudicación](#) en 955 L'Enfant Plaza SW, P-100 Washington, DC, en el horario de atención al público.