

IGNITION INTERLOCK PROGRAM VEHICLE SERVICE AFFIDAVIT



Algún técnico de servicio automotriz debe llenar esta forma cuando un vehículo equipado con un dispositivo de enclavamiento de encendido certificado por el estado de Washington recibe servicio en un centro de reparación o servicio automotriz certificado por el estado. El conductor restringido designado a continuación debe devolver la forma llena al proveedor del enclavamiento de encendido en la siguiente cita de servicio.

Adjunte una copia de todas las facturas o los recibos asociados con el servicio del vehículo.

Conductor restringido

Nombre

Apellido

()

Número de licencia de conducir

Estado de la licencia

Número de teléfono

Información del vehículo y fabricante del dispositivo de enclavamiento de encendido

Matrícula del vehículo

Estado

Marca

Modelo

Color

Año

Número de VIN

☐ Draeger

☐ Intoxalock

☐ LifeSafer

☐ Simple

☐ Smart Start

Centro de servicio automotriz

Nombre del centro

Número de seguro basado en el uso (Usage-Based Insurance, UBI), de licencia comercial estatal o de vendedor

Ciudad

Estado

()

Teléfono

Fecha de recepción del vehículo

Hora

Fecha de entrega del vehículo

Hora

Técnicos de servicio automotriz

Nombre de los técnicos que realizan el trabajo

Declaración jurada (únicamente la debe firmar el técnico de servicio automotriz)

Declaro que el vehículo identificado con anterioridad recibió servicio de parte de los técnicos identificados previamente durante el periodo antes indicado. El servicio realizado en este vehículo se llevó a cabo con el fin de hacer reparaciones mecánicas al vehículo, y la persona sujeta a la restricción de enclavamiento no utilizó el vehículo durante este periodo.

Declaro bajo pena de perjurio según la ley de Washington que lo anterior y que los informes / copias de documentos adjuntos y la información contenida en ellos son verdaderos y correctos.

Nombre en letra imprenta

Lugar donde se firma (ciudad, condado, estado)

Firma

Fecha