

**IGNITION INTERLOCK PROGRAM
VEHICLE SERVICE AFFIDAVIT**



Este formulario se debe completar cuando, en un centro de reparaciones o servicio automotor autorizado por el estado de Washington, se realice un servicio a un vehículo equipado con un dispositivo de bloqueo de encendido del estado. Una vez completado, este formulario se deberá presentar a su proveedor de bloqueo de encendido en su próxima cita de servicio.

Adjuntar una copia de todas las facturas y/o recibos asociadas con este servicio del vehículo.

Conductor restringido

Nombre	Apellido
Número de licencia de conducir	() Número de teléfono

Vehículo y Fabricante del dispositivo de bloqueo de encendido

Licencia del vehículo	Estado	Marca	Modelo	Color	
<input type="checkbox"/> CST/Intoxalock	<input type="checkbox"/> Draeger	<input type="checkbox"/> Guardian	<input type="checkbox"/> LifeSafer	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Smart Start

Centro de servicio automotor

Nombre del centro	Número seguro basado en el uso (UBI), de licencia del estado o de concesionario		
Ciudad	() Estado Teléfono		
Fecha de inicio del servicio	Hora	Fecha de terminación del servicio	Hora

Técnico(s) del servicio automotor

Nombre del técnico(s) que realiza(n) el trabajo

Declaraciones juradas

Certifico (o declaro) que este vehículo fue atendido por el(los) técnico(s) mencionado(s) durante la línea de tiempo indicado anteriormente. El propósito del servicio realizado en este vehículo fue su reparación mecánica y la persona sujeta a la restricción de bloqueo no manejó el vehículo durante dicho periodo.

Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Washington que los documentos mencionados y todos los documentos incluidos son auténticos y correctos ([RCW 9A.72.085](#)).

Nombre	Lugar de firma
Firma	Fecha