

IGNITION INTERLOCK PROGRAM INTERLOCK INSTALLATION VERIFICATION



This form must be completed at the initial installation of an interlock device in Washington State

- If the restricted driver has interlock devices installed in multiple vehicles or swapped between vehicles, this form must be completed for each separate vehicle. Page 2 of this form only needs to be completed once.
- The completed form shall be maintained on site at the service center and available to the Washington State Patrol (WSP) upon request. In accordance with [WAC 204-50-080\(9\)](#), this installation verification record must be maintained by the service center/manufacturer for a minimum of three years after the client's lease term has ended.

This section to be completed by the installing technician(s).

Interlock Restricted Driver

Restricted Driver's Name (Last, First, Middle Initial)	Date of Birth
Driver's License Number	State of Issuance

Vehicle Interlock Installed

License Plate	License State	Vehicle Color
Vehicle Year	Vehicle Make	Vehicle Model
Vehicle Identification Number (VIN)		

Interlock Technician(s)

I declare that a WSP certified ignition interlock technician properly completed the installation of a certified ignition interlock device into the above-described vehicle for the restricted driver listed above. The restricted driver was provided training on how to properly operate the ignition interlock device, I answered any questions they had or directed them to the proper authority, and I witnessed the restricted driver complete page two of this document.

I declare under penalty of perjury under the law of Washington that the foregoing is true and correct.

Training Technician-Signature	Printed Name	WSP Certification Number
Same <input type="checkbox"/>		
Installation Technician-Signature	Printed Name	WSP Certification Number
Service Center WSP Certification Number	Date of Interlock Installation/Training	

***Page 2 shall be completed only by the above-identified restricted driver
and shall be witnessed by the above-identified technician(s).***

IGNITION INTERLOCK PROGRAM INTERLOCK INSTALLATION VERIFICATION



Con mis iniciales al lado de cada una de las siguientes declaraciones, yo, _____ declaro lo siguiente:

Escriba sus
iniciales aquí.

Capacitación sobre el dispositivo: Recibí la capacitación y las instrucciones sobre el funcionamiento del dispositivo de enclavamiento de encendido que se me asignó. También vi el video completo de Capacitación sobre el enclavamiento de encendido de la Patrulla Estatal de Washington (Washington State Patrol, WSP). Este video de capacitación está publicado en el sitio web de la WSP (wsp.wa.gov/interlock) en la sección de "Informational Videos" (Videos informativos) y está disponible para verlo en cualquier momento. Recibí instrucciones sobre las características del dispositivo de enclavamiento, entiendo cómo funciona el dispositivo y practiqué la toma de muestras antes de retirarme del centro de servicio.

Escriba sus
iniciales aquí.

Distracciones al conducir: El uso de un dispositivo de enclavamiento de encendido mientras el vehículo está en movimiento puede distraer al usuario de conducir de manera segura y puede constituir una infracción a las leyes de tráfico, locales o estatales, sobre distracción al conducir. Cuando el dispositivo de enclavamiento requiere una prueba aleatoria después de poner en marcha el vehículo, tengo un margen de varios minutos para dar la muestra de aliento. Confirmando que me instruyeron para salir de la carretera de forma segura y detenerme antes de proporcionar una prueba de aliento.

Escriba sus
iniciales aquí.

Requisitos para el retiro: Si se solicita un dispositivo de enclavamiento, o se solicita más adelante, como el resultado de acciones penales diferidas o condenas por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol (driving under the influence, DUI), o algún otro cargo relacionado, la restricción del enclavamiento permanecerá vigente hasta que el Departamento de Licencias (Department of Licensing, DOL) del Estado de Washington reciba una declaración de mi proveedor de enclavamiento en la que certifique que no ha ocurrido ninguno de los siguientes incidentes dentro de los ciento ochenta (180) días consecutivos antes de la fecha de liberación:

1. Cualquier intento por encender el vehículo con una concentración de alcohol en el aliento igual o superior a 0.04, salvo que una prueba posterior realizada en los diez minutos siguientes registre una concentración de alcohol en el aliento inferior a 0.04 y la imagen digital confirme que el mismo conductor restringido proporcionó ambas muestras;
2. No pasar cualquier prueba aleatoria, a menos que la revisión de la imagen digital confirme que el conductor registrado no ocupaba el vehículo al momento de la prueba fallida;
3. No pasar cualquier prueba aleatoria con una concentración de alcohol en el aliento igual o inferior a 0.02, salvo que una prueba posterior realizada en los diez minutos siguientes registre una concentración de alcohol en el aliento inferior a 0.02 y la imagen digital confirme que el mismo conductor restringido proporcionó ambas muestras;
4. Que el conductor restringido no ponga su vehículo a disposición del proveedor del dispositivo de enclavamiento de encendido cuando sea necesario para llevar a cabo el mantenimiento, reparación, calibración, monitoreo, inspección o reemplazo del vehículo;
5. Retiro del dispositivo de enclavamiento por una persona que no sea el técnico de enclavamiento certificado por la WSP; o
6. Que el dispositivo se manipule de la manera descrita en el Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 46.20.750 y como se detalla a continuación.

Escriba sus
iniciales aquí.

Retiro temprano: Entiendo que el retiro de cualquier dispositivo de enclavamiento es mi decisión y que un retiro temprano puede causar una extensión de mi requisito de enclavamiento o puede resultar en una interrupción en mi periodo de cumplimiento de 180 días. Si mi dispositivo se retira antes de la fecha final de mi restricción, mi fabricante de enclavamiento enviará una notificación de retiro al DOL y el DOL me enviará una Notificación de suspensión, a menos que tenga otro dispositivo de enclavamiento instalado en un plazo de 45 días. Entiendo que mi fabricante de enclavamiento no es responsable de cualquier extensión de mi restricción o cualquier interrupción que resulte en mi periodo de cumplimiento de 180 días como resultado de mi retiro temprano. Para determinar mi fecha de retiro, debo visitar dol.wa.gov o llamar al Centro de Servicio al Cliente del DOL al (360) 902-3900.

Escriba sus
iniciales aquí.

RCW 46.20.750 – Modificar el enclavamiento de encendido: Solo un técnico de enclavamiento certificado por la WSP está autorizado para instalar, darle servicio o desinstalar un dispositivo de enclavamiento de mis vehículos. **Es un delito** que otra persona, que no sea un técnico certificado en el desempeño de sus funciones, altere un dispositivo de enclavamiento de encendido al modificar, separar, desconectar o de otra manera deshabilitar el dispositivo. Entiendo que si permito, dirijo, autorizo o solicito a otra persona que modifique o altere un dispositivo de enclavamiento de encendido de cualquier manera, incluido soplar o exhalar en el dispositivo para permitirme manejar el vehículo, tanto esa persona como yo podemos ser acusados de un delito.

Escriba sus
iniciales aquí.

Cámara digital y tecnología GPS: Entiendo que los dispositivos de enclavamiento de encendido en el estado de Washington están equipados con una cámara digital y un sistema de posicionamiento global (global positioning system, GPS). Las imágenes digitales y las coordenadas del GPS se almacenan al momento de cada secuencia de prueba y se ponen a disposición de la WSP para las investigaciones de modificación y alteración del enclavamiento. Además, entiendo que interferir o realizar alteraciones con la cámara digital o el GPS puede ser un delito.

Escriba sus
iniciales aquí.

Formulario de declaración jurada del servicio a vehículos de la WSP: Se me proporcionó una copia de este formulario y entiendo que debo entregar una copia completa de este formulario a mi proveedor de enclavamiento en mi siguiente cita de servicio. Se pueden obtener copias adicionales de este formulario en wsp.wa.gov/interlock o por parte de mi proveedor.

Escriba sus
iniciales aquí.

Cuotas de enclavamiento: Se me proporcionó y revisé una lista de todas las tarifas y cuotas asociadas con el alquiler de un dispositivo de enclavamiento. Entiendo que el estado de Washington exige que el DOL cobre una cuota mensual de \$21 por dispositivo, a menos que el DOL haya declarado que me encuentro en estado de indigencia y me hayan exentado de dicha cuota. Además, entiendo que la WSP exige una cuota de \$10 por dispositivo para la instalación y una cuota mensual de monitoreo de \$5, las cuales son obligatorias. Cualquier otra cuota asociada con el alquiler de un dispositivo de enclavamiento (además de los impuestos locales/estatales) queda a la discreción del fabricante de enclavamiento.

Escriba sus
iniciales aquí.

Muestras de aliento: Me aconsejaron no comer, beber, fumar, inhalar vapor, mascar tabaco o chicle justo antes o durante cualquier prueba de enclavamiento. Si una prueba registra alcohol que yo crea que fue causado por una sustancia en mi boca o vehículo que no sea alcohol, entiendo que debo proporcionar una prueba positiva en diez (10) minutos frente a la cámara digital, de lo contrario, la prueba original se considerará una violación de alcohol y puede resultar en cuotas adicionales o una extensión al periodo de restricción de mi licencia.

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con la ley del estado de Washington, que lo que antecede es verdadero y correcto.

Firma del conductor restringido*

Lugar donde se firma (ciudad, condado, estado)

Fecha

*Se deberá entregar una copia de este formulario firmado al antes firmante previo a que se retire del centro de servicio.