

## คำร้องขอข้อมูลการกระทำผิด

ตามกฎหมายการกระทำผิดข้อ 3.1(บี) กำหนดให้ “คำร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษร” สำหรับการตรวจสอบ “จะใช้ในสำนักงานอัยการ” และ “ยื่นคำร้องต่อศาล” คำร้องขอนี้จะต้องใช้เวลา “อย่างน้อยสิบสี่” (14) วันก่อนที่จะดำเนินการใดส่วน” เพื่อให้คำร้องขอมีผล

1. กรณาส่งหรือหย่อนคำร้องขอเป็น  
ลายลักษณ์อักษรเพื่อการตรวจสอบ  
ได้ที่

Seattle City Attorney’s Office  
Attn: Infraction Project  
701 Fifth Ave., #2050  
Seattle, WA 98104-7097

ต้องมีข้อมูลที่จำเป็นดังต่อไปนี้:

- ชื่อเต็ม ตามที่ระบุไว้ในใบสั่ง
- หมายเลขใบสั่ง และ วันที่กระทำผิด
- หมายเลขโทรศัพท์
- ที่อยู่ของท่านและอีเมล

2. กรณาส่งสำเนาคำร้องขอไปที่:

### **Discovery Request File Copies**

Seattle Municipal Court  
P.O. Box 34987  
Seattle, WA 98124-4987  
smc-records@seattle.gov

3. หากท่านไม่ได้รับผลตรวจสอบทางอีเมล เป็นหน้าที่ของท่านที่จะต้องให้ของจดหมายระบุที่อยู่ถึง  
ตัวเองพร้อมติดแสตมป์ หรือมารับผลตรวจสอบที่สำนักทนายความประจำเมือง (Office of the City Attorney)
4. หากคำสั่ง (Notice) เกี่ยวกับการกระทำผิดระบุว่า วิดีโอเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านอาจจะได้รับ  
สำเนาของวิดีโอโดยส่งคำร้องขอวิดีโอดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรไปยัง Seattle Police  
Department Legal Unit, P.O. Box 34986, Seattle, WA 98124-4986 อย่างไรก็ตาม คำร้องขอดังกล่าว  
สามารถดำเนินการผ่านแฟกซ์ได้ โดยส่งไปที่ Seattle Police Department Legal Unit ที่หมายเลขโทรศัพท์ 206-386-  
9022 หรือ ไปหย่อนเอกสารที่ Seattle Police Department Headquarters at 610 Fifth Ave., Seattle, WA  
98124-4986

คำร้องขอการตรวจสอบการกระทำผิดด้วยตัวผู้กระทำผิดเอง

ชื่อของท่าน: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสั่ง: \_\_\_\_\_

หมายเลขใบสั่ง: \_\_\_\_\_

วันที่กระทำความผิด: \_\_\_\_\_

อีเมล: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

ผม/ดิฉันต้องการรับผลการตรวจสอบด้วยวิธีต่อไปนี้ (โปรดเลือกหนึ่ง (1) วิธี)

- ผม/ดิฉัน ได้มอบซองจดหมายระบุที่อยู่ถึงตัวเองพร้อมติดแสตมป์
- ผม/ดิฉัน จะรับการตรวจสอบผ่านทางอีเมล
- ผม/ดิฉัน จะคืนผลและรับผลการตรวจสอบด้วยตนเองเมื่อได้รับการติดต่อ ผม/ดิฉันเห็นชอบให้วันที่ได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่เป็นวันเดียวกันกับที่ได้รับเอกสาร นอกจากนี้ ผม/ดิฉัน เข้าใจว่าการรับผลการตรวจสอบนี้จะรับได้ที่สำนักงาน ชั้น เท่านั้น
- ผม/ดิฉัน จะคืนผลและรับผลการตรวจสอบด้วยตนเองเมื่อได้รับการติดต่อ ผม/ดิฉันเห็นชอบให้วันที่ได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่เป็นวันเดียวกันกับที่ได้รับเอกสาร นอกจากนี้ ผม/ดิฉัน เข้าใจว่าการรับผลการตรวจสอบนี้จะรับได้ที่สำนักงาน 701 5TH Avenue, Suite 2050 เท่านั้น

ลายเซ็นผู้กระทำผิด: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

(กรุณาพิมพ์ให้ชัดเจนเพื่อเราจะได้ดำเนินการตามคำร้องขอของท่านให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้)