

اجازه بررسی سوابق Background Authorization

پیش از تکمیل کردن این فرم دستورالعمل ضمیمه را مطالعه نمایید.

بخش 1. اطلاعات نهاد (توسط کارکنان سازمان علوم اجتماعی و بهداشت، تامین کننده، متقاضی، فرد دارای مجوز، و/یا پیمانکار تکمیل شود)	
1A. نام فرد یا نهادهای که خواستار بررسی سوابق است را ذکر کنید.	1B. به دستورالعمل مراجعه نمایید: آدرس کامل فرد یا نهادهای که خواستار این بررسی است را ذکر کنید.
2. نام و امضای فرد خواستار بررسی سوابق نام: _____ امضا: _____	
3. الزامی فقط برای بخش خدمات اقتصادی: <input type="checkbox"/> قرارداد WorkFirst <input type="checkbox"/> دریافت کننده حمایتی <input type="checkbox"/> خویشاوند طرح مراقبت در خانه <input type="checkbox"/> سرپرست به جای والدین	
B. الزامی فقط برای بخش کودکان: <input type="checkbox"/> مرکز ایالتی نگهداری کودکان بی سرپرست <input type="checkbox"/> مرکز خصوصی نگهداری کودکان بی سرپرست <input type="checkbox"/> جایگزینی خویشاوندان DCFS <input type="checkbox"/> موضوع بررسی CPS (یا مرتبط با آن) <input type="checkbox"/> کارمند بخش مسکونی یا نهاد نگهداری کودک <input type="checkbox"/> فرزندخواندگی	
C. الزامی فقط برای خدمات حمایت از بزرگسالان: <input type="checkbox"/> موضوع مربوط به بررسی APS در RCW 74.34 (یا مرتبط با آن)	
D. الزامی فقط برای استخدام ایالتی سازمان علوم اجتماعی و بهداشت: شماره پست DSHS (اگر وجود ندارد ننویسید) _____ طبقه بندی شغلی DSHS: _____ شماره شناسایی پرسنل: _____ <input type="checkbox"/> قرار دائم <input type="checkbox"/> قرار غیر دائم <input type="checkbox"/> کار حین تحصیل <input type="checkbox"/> داوطلب <input type="checkbox"/> کارورزی دانشجویی <input type="checkbox"/> بیکار شده <input type="checkbox"/> On-Call	
4. به دستورالعمل مراجعه نمایید: شماره حساب BCCU _____	5A. به دستورالعمل مراجعه نمایید: شماره شناسایی DSHS یا نام _____
5B. برای بررسی اثاث انگشت خدمات وب: استعلام شماره شناسایی BCCU _____	
بخش 2. این بخش فقط برای اطلاعات متقاضی است (فردی که قرار است مورد بررسی قرار بگیرد، متقاضی است)	
6. به دستورالعمل مراجعه نمایید: شماره تامین اجتماعی _____	
7. تاریخ تولد خود را بنویسید (سال/روز/ماه) _____	
8A. به مثال موجود در دستورالعمل مراجعه نمایید: نام خانوادگی کنونی خود را بنویسید (اگر وجود ندارد ننویسید)	8B. نام خانوادگی بنویسید (اگر وجود ندارد ننویسید)
9. نام های خانوادگی دیگری را که از آنها استفاده کرده اید و به واسطه آنها شناخته شده بودید را بنویسید (اگر وجود ندارد ننویسید)	10. نام های مستعار خود و همه اسم های دیگری را که از آنها استفاده کرده اید و به واسطه آنها شناخته شده بودید را بنویسید (اگر وجود ندارد ننویسید)
11A. آیا به واسطه ارتکاب هرگونه جرم متهم شناخته شده اید؟ اگر پاسخ مثبت است، قسمت زیر را تکمیل کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز داشتید برگه دیگری اضافه کنید..... <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تبهکاری و بزهکاری عمده: _____ درجه: _____ ایالت: _____ تاریخ محکومیت: _____	
11B. آیا به واسطه ارتکاب جرمی باید جریمه پرداخت کنید (یا در حالت تعلیق به سر می برید)؟ اگر پاسخ مثبت است، قسمت زیر را تکمیل کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز داشتید برگه دیگری اضافه کنید..... <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تبهکاری و بزهکاری عمده: _____ درجه: _____ ایالت: _____	
12. آیا تاکنون اخطاریه ای از دادگاه یا نهاد ایالتی دریافت کرده اید مبنی بر اینکه یک کودک، نوجوان یا فرد بزرگسال را مورد سوء استفاده جنسی قرار داده اید، مورد سوء استفاده جسمی قرار داده اید، در رابطه با وی سهل انگاری کرده اید، او را رها کرده اید، یا از وی بهره کشی کرده اید؟..... <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
13. آیا دادگاه یا نهاد ایالتی تاکنون قرارداد یا مجوز شما را باطل کرده است؛ یا قرار داد یا مجوز شما را فسخ کرده است، لغو کرده است یا به حالت تعلیق در آورده است؛ یا آیا تاکنون به دلیل اقدام دادگاه یا نهادهای علیه شما قرارداد یا مجوز خود را از دست داده اید؟..... <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
14. آیا تاکنون به دلیل سوء استفاده، سهل انگاری، بهره کشی مالی، خشونت خانگی، یا رها کردن یک فرد بزرگسال آسیب پذیر، نوجوان یا کودک، دادگاهی دستور حفاظت یا حکم بازداشتی که بیش از 30 روز باشد را علیه شما صادر کرده است؟..... <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
15. شماره شناسایی گواهی نامه رانندگی خود یا شماره شناسایی ایالتی خود را بنویسید (اگر وجود ندارد ننویسید) _____ نام ایالت نوشته شده روی گواهی نامه یا کارت شناسایی خود را بنویسید _____	
16. چند سال بی آنکه در ایالت دیگری زندگی کرده باشید در ایالت و اشننگتن زندگی کرده اید؟ _____ سال/ _____ ماه	
17. A. آدرس محلی که هم اکنون زندگی می کنید را بنویسید _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ بخش _____	
B. به دستورالعمل مراجعه نمایید: آدرس محلی که پیش از این در آن زندگی می کردید را بنویسید _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ بخش _____	
C. به دستورالعمل مراجعه نمایید: کد و شماره تلفنی که طی روز می توان از طریق آن با شما تماس گرفت را بنویسید _____	
18. من فرد نامبرده در قسمت فوق هستم. می دانم که اگر در این فرم همه حقیقت را ذکر نکنم، متهم به شهادت دروغ خواهم شد و امکان دارد اجازه نداشته باشم یا بزرگسالان آسیب پذیر، نوجوانان یا کودکان کار کنم. امضای من در خانه شماره 19 بدین معناست: • من به DSHS اجازه می دهم تا سابقه من را در هر نهاد دولتی و نهاد اجرای قانون بررسی کند. • اگر مطلبی یافت شد، من به DSHS اجازه می دهم تا فقط نام من و مطلب یافت شده را در اختیار افراد یا نهادهای ذکر شده در بخش 1 قرار دهد. • من به DSHS اجازه می دهم تا همه اطلاعات مربوط به سوابق من را به افراد و نهادهای ذکر شده در بخش 1 بدهد. • این مجوز به مدت 90 روز از تاریخ امضای آن اعتبار دارد. من می توانم در هر زمان به صورت کتبی تصمیم خود را درباره این اجازه تغییر دهم.	
19. الزامی: امضای شما. امضای ولی یا سرپرست شما اگر زیر 18 سال سن دارید. _____	20. الزامی: تاریخ امروز (سال/روز/ماه) _____
فقط برای استفاده کارکنان بخش کودکان (FOR USE BY CHILDREN'S ADMINISTRATION STAFF ONLY)	
CAMIS files checked by _____ on date _____ <input type="checkbox"/> No information found <input type="checkbox"/> Information available	

برگه دستورالعمل برای تکمیل کردن فرم اجازه بررسی سوابق

دستورالعملهای اجازه بررسی سوابق – صفحه 1 از 2

شما باید همه خانه‌های این فرم را طبق دستورالعمل تکمیل نمایید. دستورالعمل مربوط به هر بخش و خانه را مطالعه نمایید.

شما باید پاسخ را در خانه مربوطه بنویسید. نمی‌توانید بنویسید خیر، مربوط نیست (N/A)، یا هیچ – مگر برای خانه شماره 3-

هیچ یک از سوالات را با گذاشتن علامت ناشناخته یا علامت سوال پاسخ ندهید. اگر اینکار را انجام دهید، فرم برگشت خواهد خورد.

با خودکار مشکی و خوانا بنویسید هر سوال را با دقت بخوانید.

به برنامه DSHS خود مراجعه کنید تا بدانید که آیا باید خانه‌هایی که جلوی آن نوشته شده "به دستورالعمل مراجعه نمایید" را تکمیل کنید یا خیر.

_____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کنید)

شما باید در هر خانه پاسخ خود را بنویسید و این فرم را بازگردانید به: _____ (این خانه به فرد، برنامه، یا نهاد امکان می‌دهد تا آدرس یا شماره فاکسی که فرم باید به آن بازگردانده شود را ذکر کنند.)

اکثر فرمهای اجازه بررسی سوابق به دلایل زیر به متقاضیان بازگردانده می‌شوند:

- فرم اشتباه.
- خانه‌های خالی.
- خط ناخوانا.
- شماره حساب BCCU اشتباه یا ذکر نشده.
- امضای فرد زیر 18 سال بدون امضای ولی یا سرپرست.
- تاریخ امضا بیش از سه (3) ماه قبل از تاریخی است که BCCU فرم را دریافت کرده است.

بخش 1: این بخش باید توسط فرد یا نهادی تکمیل شود که خواستار بررسی سوابق است. نهاد می‌تواند یک بخش ویژه، بازرگانی، سازمان، یا نهاد باشد مانند آسایشگاه سالمندان و معلولین، مرکز بازاریابی، یا دفتر DSHS.

اگر برای دریافت مجوز خانه خانوادگی بزرگسالان، خانه شبانه روزی، یا آسایشگاه سالمندان و معلولین درخواست می‌کنید، از بخش 1 عبور کنید و آن را در نظر بگیرید. مستقیم به بخش 2 بروید.

1. **A.** شما باید نام نهاد یا فرد خواستار بررسی سوابق را ذکر کنید. نهاد می‌تواند یک دفتر DSHS باشد. یک فرد می‌تواند کسی باشد که خواستار دریافت مجوز یا قرارداد تامین‌کننده خدمات است. از برنامه DSHS خود بپرسید که اسم چه فرد یا نهادی را باید در این خانه بنویسید.

_____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کند)

B. از برنامه DSHS خود بپرسید که آیا باید آدرس نهاد یا فرد خواستار بررسی سوابق را ذکر کنید یا خیر.

اگر تکمیل کردن این خانه طبق برنامه شما الزامی نیست در خانه بنویسید N/A.

_____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کند)

C. این خانه فقط برای بخش کودکان است. بخش کودکان: نام مرکز یا مرکز کودکان بی‌سرپرست را ذکر کنید.

2. اگر فرد خواستار بررسی سوابق هستید باید نام خود را نوشته و امضا کنید. فردی که مورد بررسی قرار می‌گیرد خانه شماره 19 را امضا می‌کند.

3. در این خانه‌ها چیزی ننویسید مگر اینکه از کارمندان بخش کودکان، بخش خدمات اقتصادی، خدمات حمایتی بزرگسالان یا از مقامات مسئول استخدام DSHS باشید.

D. شماره شناسایی پرسنل شماره دائمی است که توسط سازمان پرسنل (DOP) برای هر یک از کارکنان تعیین شده است.

4. شما باید شماره حساب BCCU خود را در این خانه بنویسید. شما می‌توانید شماره حساب BCCU خود را در وب سایت <http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm> بیابید. اگر این فرم بخشی از درخواست شما برای مجوز یک خانه خانوادگی بزرگسالان، خانه شبانه‌روزی یا خانه سالمندان و معلولین است، نباید شماره حساب BCCU خود را ذکر کنید. باید به صورت زیر عمل کنید:

- خانه خانوادگی بزرگسالان- جلوی شماره مجوز خود حرف **A** را بنویسید.
- خانه شبانه‌روزی- جلوی شماره مجوز خود حرف **B** را بنویسید.
- آسایشگاه سالمندان و معلولین- جلوی شماره مجوز خود حرف **C** را بنویسید.

5. **A.** شما باید از برنامه DSHS خود بپرسید که آیا باید شماره شناسایی یا نام را در این خانه بنویسید یا خیر.

اگر تکمیل کردن این خانه طبق برنامه شما الزامی نیست در خانه بنویسید N/A.

_____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کند)

B. فقط برای DSHS- اگر یکی از کارکنان DSHS که از خدمات وب برای بررسی سوابق اثر انگشت استفاده می‌کند نیستید در این خانه بنویسید N/A. این شماره شناسایی برای کارکنان DSHS است تا بررسی سوابق را انجام دهند. هر برنامه می‌تواند برای اهداف پیگیری مخصوص به خود از این خانه استفاده کند.

بخش 2: در صورتیکه فردی هستید که ما در حال بررسی سوابق وی هستیم باید این فرم را تکمیل نمایید. تذکر: یکی از کارکنان DSHS که جهت تحقیق در زمینه خدمات حمایتی بزرگسالان (ASP) یا خدمات حمایتی کودکان (CPS) خواستار بررسی سوابق است باید این بخش را به بهترین نحو ممکن تکمیل نماید.

6. شما می‌توانید شماره تامین اجتماعی (SSN) خود را در این خانه بنویسید. SSN شما برای بررسی سوابق ضروری نیست. _____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کند)

7. شما باید تاریخ تولد خود را ذکر کنید.

8A. شما باید نام کامل خود را ذکر کنید. اگر نامی برای ذکر کردن در این خانه ندارید، باید بنویسید هیچ. مثال زیر را مشاهده کنید.

مثال:		
نام خانوادگی کنونی خود را بنویسید هیچ	نام کنونی خود را بنویسید "Prince"	نام میانی کنونی خود را بنویسید هیچ

B. شما باید نام کامل شناسنامه‌ای خود را بنویسید. اگر هر یک از نامهای شما مشابه اسمی است که در خانه 8A ذکر کرده‌اید باید بنویسید همان.

9. شما باید نامهای خانوادگی که از آنها استفاده کرده‌اید یا به واسطه آنها شناخته شده‌اید را ذکر کنید. در صورتیکه از هیچ نام خانوادگی دیگری استفاده نکرده‌اید یا به هیچ نام خانوادگی دیگری شناخته شده نیستید باید بنویسید هیچ.

10. شما باید هرگونه نام مستعاری که از آن استفاده کرده‌اید را ذکر کنید. اگر از هیچ نام مستعاری استفاده نکرده‌اید باید بنویسید هیچ.

11. باید پاسخ دهید بله یا خیر. اگر پاسخ شما به A یا B بله است، باید اطلاعات مربوط به محکومیت یا تعلیق خود را تکمیل کنید.

12. باید پاسخ دهید بله یا خیر.

13. باید پاسخ دهید بله یا خیر.

14. باید پاسخ دهید بله یا خیر. اگر حکم حفاظت بیش از 30 روز به طول انجامیده است و جهت حفاظت از فرد بزرگسال، نوجوان یا کودک آسیب‌پذیری صادر شده است باید پاسخ دهید بله.

15. شما باید شماره گواهینامه رانندگی یا شماره شناسایی ایالتی خود را ذکر کنید. شما باید نام ایالت را در این خانه ذکر کنید. اگر گواهینامه رانندگی یا شماره شناسایی ایالتی ندارید باید بنویسید هیچ.

16. شما باید تعداد سالها و ماههای زندگی خود در واشنگتن بی‌آنکه در ایالت یا کشور دیگری زندگی کرده باشید را بنویسید. اگر از واشنگتن به ایالت یا کشور دیگری رفته‌اید، باید سالها و ماهها را از زمانی محاسبه کنید که به واشنگتن بازگشته‌اید. توجه: شما باید از برنامه خود بپرسید که آیا باید بررسی اثر انگشت انجام دهید یا خیر.

17. A. شما باید آدرس محل سکونت کنونی خود را ذکر کنید.

B. امکان دارد برنامه‌تان شما را ملزم کند که آدرس قدیمی خود را نیز ذکر کنید. از برنامه DSHS خود در این مورد سوال کنید. اگر این مورد توسط برنامه شما الزامی نیست بنویسید N/A.

_____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کند)

C. از برنامه خود بپرسید که آیا ذکر شماره تلفن ضروری است یا خیر. اگر شماره تلفن ندارید باید بنویسید هیچ.

_____ (این خانه به برنامه شما امکان می‌دهد تا الزامات خود را وارد کند)

18. شما باید اظهارنامه این خانه را مطالعه نمایید. امضای شما زیر خانه شماره 19 به این معنی است که شما اظهارنامه خانه شماره 18 را خوانده‌اید و با آن موافق هستید. این فرم اجازه بررسی سوابق، جایگزینی برای درخواست انتشار عمومی سوابق مربوط به اطلاعات بدست آمده نخواهد بود. اطلاعات بدست آمده یعنی اینکه یک نهاد ایالتی پس از تحقیق ارائه اخطار به تصمیم مربوط به سوء استفاده، سوء استفاده جنسی، سهل‌انگاری، رها کردن یا بهره‌مکشی یا بهره‌مکشی مالی از یک بزرگسال، نوجوان یا کودک آسیب‌پذیر، اقدامی علیه فردی انجام داده است.

19. شما باید نام خود را اینجا بنویسید و امضا کنید. اگر 18 سال سن ندارید، ولی یا سرپرست شما باید اینجا را امضا کند.

20. شما باید تاریخ تکمیل این فرم را ذکر کنید.

قابل توجه متقاضیان:

اگر مایلید از وضعیت فرم بررسی سوابق خود مطلع شوید یا اطلاعات دیگری درباره روند بررسی سوابق BCCU بدست آورید، از طریق آدرس bccuinquiry@dshs.wa.gov با BCCU تماس بگیرید.

قابل توجه نهادها و کارکنان DSHS: شما باید اشتباهات موجود در آدرس، شماره تلفن یا شماره فاکس را از طریق bccuinquiry@dshs.wa.gov با شماره (360) 902-0299 به اطلاع BCCU برسانید. شماره حساب BCCU خود را در ایمیل خود ذکر کنید.