

Разрешение на проверку биографических данных

Background Authorization

Перед заполнением данной формы прочтите прилагаемую инструкцию.

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЮРИДИЧЕСКОМ ЛИЦЕ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS, ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ, ЗАЯВИТЕЛЕМ, ПОЛУЧАТЕЛЕМ ЛИЦЕНЗИИ И (ИЛИ) ПОДРЯДЧИКОМ)			
1A. УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА, ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ	1B. СМ. ИНСТРУКЦИЮ: УКАЖИТЕ АДРЕС ФИЗИЧЕСКОГО ИЛИ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА, ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ПРОВЕРКУ.	1C. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ (CHILDREN'S ADMINISTRATION): УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ФАМИЛИЮ ПРИЕМНОЙ СЕМЬИ	
2. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ПОДПИСЬ ЛИЦА, ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ: _____ ПОДПИСЬ: _____			
3. A. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ УСЛУГАМ (ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION): <input type="checkbox"/> Контракт программы WorkFirst <input type="checkbox"/> Доверенный получатель <input type="checkbox"/> Родственник, проживающий в доме <input type="checkbox"/> Лицо, заменившее родителей			
В. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ: <input type="checkbox"/> Воспитание в государственном учреждении <input type="checkbox"/> Воспитание в частной организации <input type="checkbox"/> Усыновление <input type="checkbox"/> Определение ребенка отделом DCFS на воспитание в семью родственника <input type="checkbox"/> Контракты <input type="checkbox"/> Предмет расследования Службы защиты детей (CPS) (или имеющий отношение к нему) <input type="checkbox"/> Учреждение, принимающее ребенка на проживание, или сотрудник организации, определяющей его на воспитание			
С. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖБЫ ПО ЗАЩИТЕ СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (ADULT PROTECTIVE SERVICES): <input type="checkbox"/> Лицо, вовлеченное или имеющее отношение к расследованию Службы по защите совершеннолетних (APS) согласно RCW 74.34			
D. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS: НОМЕР ДОЛЖНОСТИ DSHS _____ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ») КЛАССИФИКАЦИЯ ДОЛЖНОСТЕЙ DSHS: _____ ИДЕНТИФ. НОМЕР СОТРУДНИКА: _____ <input type="checkbox"/> Постоянная работа <input type="checkbox"/> Непостоянная работа <input type="checkbox"/> Обучение на рабочем месте <input type="checkbox"/> Волонтер <input type="checkbox"/> Интернатура <input type="checkbox"/> Временное увольнение <input type="checkbox"/> По вызову			
4. СМ. ИНСТРУКЦИЮ: НОМЕР СЧЕТА ОТДЕЛА ВССУ	5A. СМ. ИНСТРУКЦИЮ: ИД. НОМЕР ИЛИ ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА ДЕПАРТАМЕНТА DSHS	5B. ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОТПЕЧАТКОВ ПАЛЬЦЕВ ВЕБ-СЛУЖБОЙ: ИД. НОМЕР ЗАПРОСА ОТДЕЛА ВССУ	
РАЗДЕЛ 2. ЭТИ РАЗДЕЛЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ТОЛЬКО ДЛЯ СВЕДЕНИЙ О ЗАЯВИТЕЛЕ (ЛИЦО, ПРОХОДЯЩЕЕ ПРОВЕРКУ, ЯВЛЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ)			
6. СМ. ИНСТРУКЦИЮ: НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ		7. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЮ ДАТУ РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГТТ)	
8A. СМ. ПРИМЕР В ИНСТРУКЦИИ: УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЮ ФАМИЛИЮ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)	СМ. ПРИМЕР В ИНСТРУКЦИИ: УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЕ ИМЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)	СМ. ПРИМЕР В ИНСТРУКЦИИ: УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЕ ВТОРОЕ ИМЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)	
8B. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЮ ФАМИЛИЮ ПРИ РОЖДЕНИИ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)	УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЕ ИМЯ ПРИ РОЖДЕНИИ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)	УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЕ ВТОРОЕ ИМЯ ПРИ РОЖДЕНИИ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)	
9. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ДРУГИЕ ФАМИЛИИ, КОТОРЫЕ ВЫ ИСПОЛЬЗОВАЛИ, И ФАМИЛИИ, ПОД КОТОРЫМИ ВАС ЗНАЛИ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЮТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)			
10. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОИ ПСЕВДОНИМЫ И ВСЕ ИНЫЕ ИМЕНА, КОТОРЫЕ ВЫ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ИЛИ ПОД КОТОРЫМИ ВАС ЗНАЛИ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЮТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)			
11A. Были ли вы осуждены за совершение какого-либо преступления? Если да, заполните графы ниже. При необходимости используйте дополнительную страницу. _____ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Фелония и тяжкий мисдиминор: _____ Степень: _____ Штат: _____ Дата приговора: _____			
11B. Есть ли против вас обвинения (на рассмотрении суда) в совершении какого-либо преступления? Если да, заполните графы ниже. При необходимости используйте дополнительную страницу. _____ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Фелония и тяжкий мисдиминор: _____ Степень: _____ Штат: _____			
12. Получали ли вы когда-либо повестку из суда или государственного органа, в которой значилось, что вы применили сексуальное или физическое насилие, не выполняли обязанности в отношении ребенка, подростка или совершеннолетнего, оставили без поддержки или эксплуатировали его? _____ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
13. Отказывал ли вам суд или государственный орган в заключении контракта или выдаче лицензии, прекращал ли, отзывал или приостанавливал действие вашего контракта или лицензии, или отказывались ли вы когда-либо от контракта или лицензии в связи с тем, что суд или государственный орган предъявил вам иск? _____ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
14. Издавал ли когда-либо суд в отношении вас судебный приказ о защите членов семьи или запретительный судебный приказ на срок более 30 дней в связи с жестоким обращением, невыполнением обязанностей, финансовой эксплуатацией, домашним насилием в отношении нуждающегося в помощи совершеннолетнего лица, подростка или ребенка или в связи с отказом от работы о нем? _____ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
15. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВАШ НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ИЛИ УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, ВЫДАННОГО ШТАТОМ (ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ, НАПИШИТЕ «НЕТ»)		УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ НАЗВАНИЕ ШТАТА НА ВАШЕМ ВОДИТЕЛЬСКОМ УДОСТОВЕРЕНИИ ИЛИ УДОСТОВЕРЕНИИ ЛИЧНОСТИ	
16. Сколько лет подряд вы живете в штате Вашингтон, не проживая в другом штате? _____ лет / _____ месяцев			
17. A. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ АДРЕС, ГДЕ ВЫ ФАКТИЧЕСКИ ПРОЖИВАЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ОКРУГ			
B. СМ. ИНСТРУКЦИЮ: УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ АДРЕС, ПО КОТОРОМУ ВЫ ФАКТИЧЕСКИ ПРОЖИВАЛИ ДО ТОГО, КАК СТАЛИ ПРОЖИВАТЬ ПО СЕГОДНЯШНЕМУ АДРЕСУ ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ОКРУГ			
C. СМ. ИНСТРУКЦИЮ: УКАЖИТЕ КОД ГОРОДА И НОМЕР ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ С ВАМИ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ			
18. Я являюсь лицом, указанным выше. Я понимаю, что если я не сообщу всю правду в данной форме, меня могут обвинить в лжесвидетельстве и я могу не получить разрешения работать с нуждающимися в помощи совершеннолетними, подростками или детьми. Моя подпись в графе 19 означает, что: <ul style="list-style-type: none"> • Я разрешаю департаменту DSHS проверить мои биографические данные в любом государственном учреждении или правоохранительном органе. • В случае обнаружения установленного факта я разрешаю департаменту DSHS сообщить только мое имя и то, что был обнаружен установленный факт, любым лицам или организациям, указанным в разделе 1. • Я разрешаю департаменту DSHS сообщать все другие мои биографические данные лицам и организациям, указанным в разделе 1. • Это разрешение действительно в течение 90 дней с даты его подписания. Я могу в любое время изменить свое решение относительно данного разрешения в письменной форме. 			
19. ТРЕБУЕТСЯ: ВАША ПОДПИСЬ. ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА, ЕСЛИ ВАМ НЕТ 18 ЛЕТ.		20. ТРЕБУЕТСЯ: ДАТА ПОДПИСАНИЯ (ММ/ДД/ГГТТ)	
ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОТРУДНИКАМИ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ (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			

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Инструкции по заполнению формы разрешения на проверку биографических данных – стр. 1 из 2

Вы ДОЛЖНЫ заполнить ВСЕ графы данной формы согласно инструкции. ПРОЧТИТЕ все инструкции для каждого раздела и каждой графы.

Вы ДОЛЖНЫ указать ответ в графе. Вы можете указать «НЕТ» ИЛИ «НЕ ПРИМЕНИМО», кроме ГРАФЫ номер 3.

НЕ отвечайте на вопросы, указывая «НЕИЗВЕСТНО» или ставя ВОПРОСИТЕЛЬНЫЙ ЗНАК в графе. Иначе форма будет вам возвращена.

Пишите разборчиво печатными буквами черной ручкой.

Читайте внимательно каждый вопрос.

Узнайте у сотрудников вашей программы департамента DSHS, нужно ли вам заполнять графы с пометкой «СМ. ИНСТРУКЦИЮ» _____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указывать свои требования.)

Вы ДОЛЖНЫ указать ответ в каждой графе и вернуть форму в: _____ (Эта графа позволяет лицу, сотруднику программы или организации указать адрес или номер факса для возврата формы.)

Большинство форм разрешения на проверку биографических данных возвращаются запрашивающей стороне по следующим причинам:

- Неправильная форма.
- Незаполненные графы.
- Неразборчивый почерк.
- Отсутствующий или неправильный номер счета BCCU.
- Лицо, не достигшее 18 лет, подписывает форму без подписи родителя или опекуна.
- Форма подписана более чем за 3 (три) месяца до даты, когда она была получена в BCCU.

РАЗДЕЛ 1: Этот раздел должен заполняться физическим или юридическим лицом, запрашивающим проверку биографических данных. Юридическим лицом может быть учреждение, предприятие, организация или агентство, например: дом престарелых, реабилитационный центр или отдел департамента DSHS.

Если вы подаете заявку на получение лицензии для дома семейного типа для совершеннолетних, интерната или дома инвалидов/престарелых с медсестринским уходом, **ПРОПУСТИТЕ РАЗДЕЛ 1. ПЕРЕЙДИТЕ** сразу к РАЗДЕЛУ 2.

- A. Вы ДОЛЖНЫ** указать имя и фамилию физического лица или название юридического лица, запрашивающего проверку биографических данных. Юридическим лицом может быть отдел департамента DSHS. Физическим лицом может быть кто-либо, подающий заявку на получение лицензии или контракта на предоставление услуг. Попросите сотрудников программы департамента DSHS сообщить вам имя и фамилию физического лица или название юридического лица, которые требуется указать в этой графе.
_____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указать требования.)

B. Спросите у сотрудников программы департамента DSHS, требуется ли вам указывать адрес юридического или физического лица, запрашивающего проверку биографических данных. Укажите «Не относится» в этой графе, если для вашей программы это НЕ требуется.
_____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указать требования.)

C. Эта графа предназначена ТОЛЬКО для сотрудников Управления по делам детей. Управление по делам детей: заполните название учреждения или семейного приюта.
- Вы ДОЛЖНЫ** указать печатными буквами свое имя и фамилию, если вы являетесь лицом, запрашивающим проверку биографических данных. Лицо, в отношении которого производится проверка, должно поставить свою подпись в графе 19.
- НЕ ПИШИТЕ НИЧЕГО В ЭТИХ ГРАФАХ, ЕСЛИ** вы не являетесь сотрудником Управления по делам детей, Управления экономических услуг, Службы по защите совершеннолетних или отдела найма департамента DSHS.

D. Идентификационный номер сотрудника – это постоянный номер, присваиваемый каждому штатному сотруднику Управлением по кадрам (Department of Personnel, DOP).
- Вы ДОЛЖНЫ** указать свой номер BCCU в этой графе. Вы можете узнать свой номер счета BCCU по адресу <http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm>. Если эта форма является частью вашего заявления на получение лицензии для дома семейного типа для взрослых, интерната или дома инвалидов/престарелых с медсестринским уходом, вам **НЕ НУЖНО** указывать номер счета BCCU. Вы ДОЛЖНЫ сделать следующее:

 - Дом семейного типа для взрослых – поставьте **A** перед номером вашей лицензии.
 - Интернат – поставьте **B** перед номером вашей лицензии.
 - Дом инвалидов/престарелых с медсестринским уходом – поставьте **N** перед номером вашей лицензии.
- A.** Вы ДОЛЖНЫ спросить у сотрудников вашей программы департамента DSHS, требуют ли они, чтобы вы указывали идентификационный номер или имя и фамилию в этой графе.
Укажите «Не относится» в этой графе, если для вашей программы это НЕ требуется.
_____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указать требования.)

B. ТОЛЬКО DSHS – укажите «НЕ ОТНОСИТСЯ», если вы НЕ являетесь сотрудником департамента DSHS, использующим веб-службу для проверки отпечатков пальцев. Этот идентификационный номер требуется сотрудникам департамента DSHS для отслеживания проверок биографических данных. Любая программа может использовать эту графу для своих целей отслеживания.

РАЗДЕЛ 2: Вы ДОЛЖНЫ заполнить этот раздел, если вы являетесь лицом, в отношении которого проводится проверка.

Примечание: Сотрудник департамента DSHS, запрашивающий проверку биографических данных в целях расследования Службы по защите совершеннолетних (APS) или Службы по защите детей (CPS), ДОЛЖЕН заполнить этот раздел как можно внимательнее.

6. Вы **МОЖЕТЕ** указать свой номер социального обеспечения (SSN) в этой графе. Ваш номер SSN не обязателен для проведения проверки биографических данных.

_____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указать требования.)

7. Вы **ДОЛЖНЫ** указать дату рождения.

- 8A. Вы **ДОЛЖНЫ** указать свое полное имя. Если у вас нет имени, которое требуется указать в этой графе, вы **ДОЛЖНЫ** указать «**НЕТ**»
СМ. ПРИМЕР НИЖЕ.

ПРИМЕР:

УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЮ
ФАМИЛИЮ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
НЕТ

УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
СВОЕ ИМЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
"Prince"

УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОЕ
ВТОРОЕ ИМЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
НЕТ

- В. Вы **ДОЛЖНЫ** указать свое полное имя при рождении. Вы **ДОЛЖНЫ** указать «**ТО ЖЕ**», если какое-либо из ваших имен совпадает с именами, указанными вами в графе 8A.

9. Вы **ДОЛЖНЫ** указать имена, которые вы использовали или под которыми вас знали. Вы **ДОЛЖНЫ** указать «**НЕТ**», если вы НЕ использовали или не были известны под другими фамилиями.
10. Вы **ДОЛЖНЫ** указать любые псевдонимы, которые вы использовали. Вы **ДОЛЖНЫ** указать «**НЕТ**», если вы НЕ использовали псевдонимы.
11. Вы **ДОЛЖНЫ** ответить «**ДА**» или «**НЕТ**». Если вы отвечаете «**ДА**» на вопросы А. или В., вы **ДОЛЖНЫ** указать информацию о судимости или выдвинутом обвинении.
12. Вы **ДОЛЖНЫ** ответить «**ДА**» или «**НЕТ**».
13. Вы **ДОЛЖНЫ** ответить «**ДА**» или «**НЕТ**».
14. Вы **ДОЛЖНЫ** ответить «**ДА**» или «**НЕТ**». Укажите «**ДА**», если судебный приказ о защите членов семьи был издан на срок более 30 дней и касался нуждающегося в помощи совершеннолетнего лица, подростка или ребенка.
15. Вы **ДОЛЖНЫ** указать в этой графе свой номер водительского удостоверения или удостоверения личности, выданного штатом. Вы **ДОЛЖНЫ** указать название штата в этой графе. Вы **ДОЛЖНЫ** указать «**НЕТ**», если у вас нет водительского удостоверения или удостоверения личности, выданного штатом.
16. Вы **ДОЛЖНЫ** указать количество лет и месяцев, которое вы живете в штате Вашингтон, не проживая в другом штате или в другой стране. Если вы переехали из штата Вашингтон в другой штат или в другую страну, вы **ДОЛЖНЫ** начинать отсчет лет и месяцев с даты, когда вы вернулись в штат Вашингтон. **Примечание:** Вы **ДОЛЖНЫ** спросить у сотрудников своей программы, надо ли вам проходить проверку отпечатков пальцев.
17. А. Вы **ДОЛЖНЫ** указать адрес, по которому вы проживаете в настоящее время.
В. Ваша программа может требовать, чтобы вы указали старый адрес. Узнайте об этом у сотрудников вашей программы департамента DSHS. Укажите «**НЕ ПРИМЕНИМО**» в этой графе, если это НЕ требуется для вашей программы.
_____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указать требования.)
- С. Спросите у сотрудников вашей программы, нужно ли вам указывать номер телефона. Вы **ДОЛЖНЫ** указать «**НЕТ**», если у вас нет номера телефона.
_____ (Эта графа позволяет сотрудникам вашей программы указать требования.)
18. Вы **ДОЛЖНЫ** прочесть заявление, содержащееся в этой графе. Ваша подпись в графе 19 означает, что вы прочли заявление в графе 18 и согласны с ним. Эта форма разрешения на проверку биографических данных НЕ заменяет требования о публичном раскрытии информации в отношении документов, касающихся установленного факта. Установленный факт означает, что государственный орган возбудил судебный иск против кого-либо после проведения расследования и уведомления о решении относительно жестокого обращения, сексуального насилия, невыполнения обязанностей в отношении нуждающегося в помощи совершеннолетнего лица, подростка или ребенка, отказа от заботы о нем или его финансовой эксплуатации.
19. Вы **ДОЛЖНЫ** здесь поставить свою подпись. Если вам **НЕТ** 18 лет, ваш родитель или опекун **ДОЛЖЕН** здесь поставить свою подпись.
20. Вы **ДОЛЖНЫ** указать дату подписания этой формы.

ВНИМАНИЮ ЗАЯВИТЕЛЕЙ:

Если вы хотите узнать статус вашей формы проверки биографических данных или вам нужна информация о ходе проверки биографических данных, проводимой ВССУ, обратитесь в ВССУ по адресу: bccuinquiry@dshs.wa.gov

ВНИМАНИЮ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ И СОТРУДНИКОВ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS: Вы **ДОЛЖНЫ** сообщать в ВССУ об ошибках в вашем адресе, номере телефона или факса по адресу bccuinquiry@dshs.wa.gov или по телефону (360) 902-0299. Укажите свой номер счета ВССУ в своем сообщении по электронной почте.