|  |  |
| --- | --- |
|  |  Solicitud de registros del DSHS **Request for DSHS Records** |
| **A. Solicitud de registros del DSHS de:** |
| NOMBRE APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE | TÍTULO |
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O NEGOCIO, SI APLICA |
| DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL |
| NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA) | NÚMERO DE FAX (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA) | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
| **B. Solicitud de registros de estos programas del DSHS (marque todos los que correspondan):** |
| Salud conductual (BHA) [ ]  Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC) [ ]  Centro de Internamiento Especial (SCC) [ ]  Servicios de Salud Mental Forense (OFMHS) [ ]  Otro (por ejemplo, oficinas centrales, RTF):      Servicios Económicos (ESA) [ ]  Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública) [ ]  Manutención para Niños (DCS) [ ]  Servicios de Determinación de Discapacidad (DDDS)  [ ]  Otro (por ejemplo, oficinas centrales):      Oficina del Secretario (OOS) [ ]  Gestión de Riesgos Empresariales (ERMO) [ ]  Recursos Humanos (empleado del DSHS) | Apoyos para Adultos Mayores y a Largo Plazo (ALTSA) [ ]  Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS) [ ]  Servicios de Atención Residencial (RCS) [ ]  Servicios de Protección a Adultos (APS) [ ]  Otro (por ejemplo, oficinas centrales):      Instituciones, Finanzas y Análisis (FFA) [ ]  Unidad Central de Investigación de Antecedentes (BCCU) [ ]  Fraudes y Responsabilidad (OFA) [ ]  Permisos / Nóminas (empleado del DSHS)[ ]  Discapacidades del Desarrollo (DDA)[ ]  Rehabilitación vocacional (DVR)[ ]  Otro:       |
| **C. Solicitud de registros del DSHS de:** |
| [ ]  **USTED MISMO** [ ]  **OTRA PERSONA** | NOMBRE APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE |
| FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRES ANTERIORES |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE | OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | FECHAS DEL SERVICIO | UBICACIÓN DEL SERVICIO |
| **REGISTROS SOLICITADOS:** Especifique los registros solicitados de los programas del DSHS marcados en la Sección B:[ ]  Todos los registros conservados por las dependencias del DSHS marcadas en la sección B.[ ]  Solo los siguientes registros conservados por las dependencias del DSHS marcadas en la sección B:       |
| **D. Solicitud de otros registros del DSHS** |
| Solicito los siguientes registros del DSHS:[ ]  Registros de licencia de la siguiente instalación proveedor:      [ ]  Registros de contratos o compras de lo siguiente:      [ ]  Registros de personal o empleo del DSHS relacionados con       (identifique a los empleados del DSHS):       [ ]  Describa los otros registros solicitados de la manera más completa posible, incluyendo fechas, tipo de registros y programas:       |
| **E. Acceso a los registros (llene esta sección para todas las solicitudes)** |
| [ ]  Entiendo que el DSHS puede cobrar por las copias de sus registros de acuerdo con WAC 388-01-080.[ ]  Comuníquese conmigo para acordar una fecha y hora en la que yo pueda examinar los registros.[ ]  Otras peticiones especiales:       |
| **NOTA:** Debe presentar comprobantes de su identidad o autoridad para obtener registros confidenciales. Utilice el formulario de autorización, DSHS 17-063, para otorgar permiso para obtener registros sobre otras personas. |
| SOLICITADO POR (FIRMA) | FECHA DE LA FIRMA |
| FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO QUE VERIFICA LA IDENTIDAD, SI SE REQUIERE | NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO O NOTARIO, SI SE REQUIERE |
| Si no soy la persona a la que se refieren los registros confidenciales, tengo autorización para obtener acceso a estos registros dado que soy (anexar evidencia de la autoridad): [ ]  Padre del menor [ ]  Tutor legal [ ]  Representante personal o albacea [ ]  Otro:       |
| **OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)** |
| **DATE RECEIVED** | **RECEIVED AT:** | **DATE ACKNOWLEDGED** | **[ ]  ID VERIFIED****BY:** | **DATE RECORDS PRODUCED** |