

Запрос на предоставление документации Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (DSHS)

Request for DSHS Records

| | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| A. Запрос на предоставление документации Департаментом DSHS от: | | | | |
| ИМЯ | (ФАМИЛИЯ | ИМЯ | ВТОРОЕ ИМЯ) | ДОЛЖНОСТЬ |
| НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ПРЕДПРИЯТИЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО | | | | |
| ПОЧТОВЫЙ АДРЕС | | ГОРОД | ШТАТ | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ) | | НОМЕР ФАКСА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ) | | АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ |
| B. Запрос на предоставление документации в рамках следующих программ DSHS: (Отметьте все, что к вам относится) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Департамент охраны психического здоровья и лечения психических заболеваний (DBHR) <input type="checkbox"/> Администрация по делам детей (CA) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Отдел по вопросам помощи детям (DCS) <input type="checkbox"/> Служба социального обслуживания (CSD – социальная помощь) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Администрация по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA) <input type="checkbox"/> Управление по вопросам оказания услуг на дому и по месту жительства (HCS) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Программы реабилитации для молодежи <input type="checkbox"/> Отдел обслуживания в учреждениях интернатного типа (RCS) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Отдел профессиональной реабилитации (DVR) <input type="checkbox"/> Организация штата по защите психического здоровья (ESH, WSH, CSTC) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Центр заключения для особых случаев (SCC) <input type="checkbox"/> Отдел по работе с персоналом (HRD) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Другое: | | | | |
| C. Запрос о предоставлении документации клиентов Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS): | | | | |
| <input type="checkbox"/> ЗАЯВИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ | | ИМЯ | (ФАМИЛИЯ | ИМЯ |
| | | ВТОРОЕ ИМЯ) | | |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ | | ПРЕЖНИЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ | | |
| ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА | ДРУГИЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ НОМЕРА | ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ | ОПИСАНИЕ УСЛУГИ | |
| ЗАПРАШИВАЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ КЛИЕНТА: УКАЖИТЕ ТИП ДОКУМЕНТАЦИИ, ЗАПРАШИВАЕМОЙ В РАМКАХ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ ПРОГРАММ DSHS В РАЗДЕЛЕ В: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Документация, описанная в приложении | | | | |
| <input type="checkbox"/> Следующая документация: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Вся клиентская документация, предоставленная в рамках участия в программах DSHS, перечисленных в Разделе В. | | | | |
| Перечислите все требования к предоставлению необходимой документации в рамках программ DSHS (даты, тип документа и т. д.): | | | | |
| D. Запрос на предоставление прочей документации от Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) | | | | |
| Я прошу Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) предоставить следующую информацию: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Данные в отношении лицензии следующего учреждения или поставщика услуг: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Информация о сотрудниках либо трудоустройстве (список): | | | | |
| <input type="checkbox"/> Предоставьте другую максимально полную информацию, включая дату, тип документа и программу: | | | | |
| E. Доступ к документации (заполните данный раздел для всех запросов) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Я понимаю, что Департамент DSHS имеет право взимать плату за предоставление копий данных документов в соответствии с WAC 388-01-080. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Свяжитесь со мной для организации встречи с целью изучения документации. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Другие запросы: | | | | |
| ПРИМЕЧАНИЕ: Вы должны предоставить документ, удостоверяющий вашу личность, а также подтверждение вашего права на получение конфиденциальной информации. Заполните форму разрешения DSHS 17-063, необходимую для получения информации о других лицах. | | | | |
| ЗАПРОС СДЕЛАН (ПОДПИСЬ) | | | | ДАТА ПОДПИСИ |
| ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ИЛИ НОТАРИУСА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ВАШУ ЛИЧНОСТЬ (ЕСЛИ ПОТРЕБУЕТСЯ) | | | ИМЯ/ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ ИЛИ НОТАРИУСА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ (ЕСЛИ ПОТРЕБУЕТСЯ) | |
| Если я не являюсь лицом, указанным в этих документах, то у меня есть право доступа к данным документам, поскольку я являюсь (приложите удостоверение полномочий): <input type="checkbox"/> Родителем несовершеннолетнего лица <input type="checkbox"/> Официальным опекуном <input type="checkbox"/> Личным либо представителем по имущественным вопросам <input type="checkbox"/> Другое: | | | | |
| ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ | | | | |
| ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ | ПОЛУЧЕНО (ДАТА): | ДАТА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ: | <input type="checkbox"/> ПРОВЕРКА УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ КЕМ: | ДАТА ПОДГОТОВКИ ДОКУМЕНТАЦИИ |