

请求 DSHS 记录 Request for DSHS Records

A. DSHS 记录申请人:				
姓名	姓	名	中间名	职务
组织或企业名称 (若适用则请填写)				
邮寄地址		城市	州	邮政编码
电话号码 (请包括区域号码)		传真号码 (请包括地区号码)		电子邮件地址
B. 请求以下 DSHS 计划中的记录: (请勾选所有适用项)				
<input type="checkbox"/> 行为健康管理局 (BHA)		<input type="checkbox"/> 社区服务处 (CSD – 公共援助)		
<input type="checkbox"/> 儿童抚养处 (DCS)		<input type="checkbox"/> 家庭与社区服务处 (HCS)		
<input type="checkbox"/> 发展残障服务管理处 (DDA)		<input type="checkbox"/> 住宿看护服务处 (RCS)		
<input type="checkbox"/> 职业康复科 (DVR)		<input type="checkbox"/> 州心理健康机构 (ESH、WSH、CSTC)		
<input type="checkbox"/> 心理健康特别服务中心 (SCC)		<input type="checkbox"/> 人力资源与薪资分部		
<input type="checkbox"/> 其他:				
C. 请求以下列名者的 DSHS 个案当事人记录:				
<input type="checkbox"/> 您本人 <input type="checkbox"/> 其他		姓名	姓	中间名
出生日期		曾用名		
个案当事人识别号码		其他识别号码	服役日期	服务地点
<p>已请求的个案当事人记录: 请指定从上方 B 部分中标记的 DSHS 计划中请求的记录:</p> <input type="checkbox"/> 记录在附件中说明 <input type="checkbox"/> 下列记录: <input type="checkbox"/> B 部分标记的 DSHS 计划所持有的所有个案当事人记录。 列出关于已请求 DSHS 记录的任何限制 (按日期、记录类型等):				
D. 请求其他 DSHS 记录				
本人请求下列 DSHS 记录:				
<input type="checkbox"/> 下列设施或服务提供者的执照申领记录:				
<input type="checkbox"/> (列表) 的人事或就业记录:				
<input type="checkbox"/> 尽可能完整地描述其他已请求的记录, 包括按日期、记录类型和计划:				
E. 访问记录 (针对所有请求完成此部分)				
<input type="checkbox"/> 本人明白, 依据华盛顿州行政法规 WAC 388-01-080, DSHS 可能会收取记录副本的费用。				
<input type="checkbox"/> 请联系我, 为我安排时间以检查记录。				
<input type="checkbox"/> 其他特殊请求:				
注意: 您必须出示身份证明或权限证明, 才能获取机密记录。使用授权书 DSHS 17-063 允许获得其他人的记录。				
申请人 (签名)				签署日期
验证身份的见证人或公证人签名 (如需)			见证人或公证人工整填写之姓名 (如需)	
如果本人并非机密记录所涉者, 本人仍有权访问这些记录, 因为我是 (请随附权限证明): <input type="checkbox"/> 未成年者的家长 <input type="checkbox"/> 法定监护人				
<input type="checkbox"/> 私人或房产代表 <input type="checkbox"/> 其他:				
OFFICE USE ONLY (仅供办公处填写)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED