

درخواست برای سوابق DSHS Request for DSHS Records

| | | | |
|--|--|--|--|
| الف. درخواست برای سوابق DSHS از طرف: | | | |
| نام خانوادگی | کوچک | وسط | عنوان |
| نام سازمان یا کسب‌وکار در صورت وجود | | | |
| نشانی پستی | شهر | ایالت | کد پستی |
| شماره تلفن (شامل کد ناحیه) | شماره فکس (شامل کد ناحیه) | نشانی ایمیل | |
| ب. درخواست سوابق از این برنامه‌های DSHS (لطفاً همه موارد مربوط را علامت بزنید): | | | |
| سلامت رفتاری (BHA) | | پشتیبانی سالخوردگی و طولانی‌مدت (ALTS) | |
| <input type="checkbox"/> مؤسسات بهداشت روانی ایالتی (ESH, WSH, CSTC) | <input type="checkbox"/> خدمات خانه و جامعه (HCS) | <input type="checkbox"/> خدمات مراقبت‌های اقامتی (RCS) | <input type="checkbox"/> خدمات حفاظتی بزرگسالان (APS) |
| <input type="checkbox"/> مرکز تعهد ویژه (SCC) | <input type="checkbox"/> خدمات بهداشت روانی پزشکی قانونی (OFMHS) | <input type="checkbox"/> سایر موارد (به‌عنوان مثال، دفتر مرکزی): | <input type="checkbox"/> تسهیلات، امور مالی، و آمار تحلیلی (FFA) |
| <input type="checkbox"/> خدمات اقتصادی (ESA) | <input type="checkbox"/> خدمات اجتماعی (CSD - کمک‌های عمومی) | <input type="checkbox"/> واحد مرکزی بررسی پیشینه (BCCU) | <input type="checkbox"/> نقاب و پاس‌خوایی (OFA) |
| <input type="checkbox"/> حمایت از کودکان (DCS) | <input type="checkbox"/> خدمات تعیین ناتوانی (DDDS) | <input type="checkbox"/> مرخصی/حقوق و دستمزد (کارمند DSHS) | <input type="checkbox"/> ناتوانی‌های رشدی (DDA) |
| <input type="checkbox"/> سایر موارد (به‌عنوان مثال، دفتر مرکزی): | <input type="checkbox"/> دفتر مثنی (OOS) | <input type="checkbox"/> سایر: | <input type="checkbox"/> توابخشی حرفه‌ای (DVR) |
| <input type="checkbox"/> مدیریت ریسک سازمانی (ERMO) | <input type="checkbox"/> منابع انسانی (کارمند DSHS) | | |
| ج. درخواست برای سوابق DSHS از: | | | |
| نام خانوادگی | کوچک | وسط | |
| <input type="checkbox"/> خود | <input type="checkbox"/> دیگر | نام‌های قبلی | |
| تاریخ تولد | | شماره شناسایی خدمات‌گیرنده | |
| شماره شناسایی خدمات‌گیرنده | سایر شماره‌های شناسایی | تاریخ‌های خدمت | محل خدمت |
| سوابق درخواست‌شده: لطفاً سوابق درخواست‌شده از برنامه‌های DSHS مشخص شده در بالا، در قسمت B، را مشخص کنید: | | | |
| <input type="checkbox"/> تمام سوابق در اختیار بخش‌هایی از DSHS که در قسمت B مشخص شده است. | | | |
| <input type="checkbox"/> سوابق زیر فقط در اختیار بخش‌هایی از DSHS که در قسمت B مشخص شده است: | | | |
| د. درخواست برای سایر سوابق DSHS | | | |
| من سوابق DSHS زیر را درخواست می‌کنم: | | | |
| <input type="checkbox"/> سوابق مجوز برای مرکز یا ارائه‌دهنده زیر: | | | |
| <input type="checkbox"/> سوابق قرارداد یا تدارک برای موارد زیر: | | | |
| <input type="checkbox"/> کارکنان DSHS یا سوابق استخدامی مربوط به (کارمند(های) DSHS را معرفی کنید): | | | |
| <input type="checkbox"/> سایر سوابق درخواست‌شده را تا حد امکان کامل توصیف کنید، از جمله بر اساس تاریخ، نوع سابقه، و برنامه: | | | |
| ه. دسترسی به سوابق (این قسمت را برای همه درخواست‌ها تکمیل کنید) | | | |
| <input type="checkbox"/> می‌دانم که DSHS مجاز است برای کپی‌های سوابق، طبق WAC 388-01-080 هزینه دریافت کند. | | | |
| <input type="checkbox"/> لطفاً با من تماس بگیرید تا زمانی را برای بررسی سوابق تعیین کنم. | | | |
| <input type="checkbox"/> سایر درخواست‌های ویژه: | | | |
| توجه: برای اخذ سوابق محرمانه، باید مدرک هویت یا مجوز خود را نشان دهید. از فرم مجوز، DSHS 17-063، برای دادن اجازه اخذ سوابق مربوط به افراد دیگر استفاده کنید. | | | |
| درخواست‌شده توسط (امضا) | | تاریخ امضا | |
| امضای شاهد یا سردفتر برای تأیید هویت در صورت نیاز | | نام شاهد یا سردفتر با حروف بزرگ و خوانا در صورت نیاز | |
| اگر شخصی نداشتیم که صاحب سوابق محرمانه است، مجاز به دسترسی به این سوابق هستیم زیرا من (مدرک صلاحیت را پیوست کنید): <input type="checkbox"/> والد فرد صغیر <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> نماینده شخصی یا ملک <input type="checkbox"/> سایر: _____ | | | |
| OFFICE USE ONLY (فقط مخصوص استفاده در دفتر) | | | |
| DATE RECORDS PRODUCED | ID VERIFIED <input type="checkbox"/> | DATE ACKNOWLEDGED | :RECEIVED AT |
| | :BY | | DATE RECEIVED |