

Solicitare pentru documente DSHS

Request for DSHS Records

A. Solicitare pentru documente DSHS de către:				
NUME	NUME DE FAMILIE	PRENUME	AL DOILEA PRENUME	TITLU
ORGANIZAȚIE SAU DENUMIREA FIRMEI DACĂ ESTE CAZUL				
ADRESA POȘTALĂ		ORAȘUL		STATUL CODUL POȘTAL
NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUSIV PREFIXUL)		NUMĂR DE FAX (INCLUDEȚI PREFIXUL)		ADRESA DE E-MAIL
B. Solicitare de documente din următoarele programe DSHS (bifați toate opțiunile aplicabile):				
Sănătate comportamentală (BHA) ☐ Instituții de sănătate mintală de stat (ESH, WSH, CSTC) ☐ Centru de angajament special (SCC) ☐ Servicii de sănătate mintală medico-legale (OFMHS) ☐ Altele (de ex., sediul central, RTF-uri):		Administrația pentru îmbătrânire și suport pe termen lung (ALTSA) ☐ Servicii la domiciliu și în comunitate (HCS) ☐ Servicii de îngrijire la domiciliu (RCS) ☐ Servicii de protecție a adulților (APS) ☐ Altele (de ex., sediul central):		
Servicii Economice (ESA) ☐ Servicii comunitare (CSD – asistență publică) ☐ Pensie alimentară (DCS) ☐ Serviciul de stabilire a dizabilităților (DDDS) ☐ Altele (de ex., sediul central):		Facilități, finanțe și analize (FFA) ☐ Unitatea centrală de verificare a antecedentelor (BCCU) ☐ Fraudă și responsabilitate (OFA) ☐ Concedii / salarizare (angajați DSHS)		
Biroul secretarului (OOS) ☐ Managementul riscului operațional (ERMO) ☐ Resurse umane (angajați DSHS)		☐ Dizabilități intelectuale (DDA) ☐ Reabilitare profesională (DVR) ☐ Altele:		
C. Solicitare de documente DSHS pentru:				
☐ DVS. ☐ ALTĂ PERSOANĂ	NUME NUME DE FAMILIE		PRENUME AL DOILEA PRENUME	
DATA NAȘTERII	NUME ANTERIOARE			
COD IDENTIFICARE CLIENT		ALT COD DE IDENTIFICARE	PERIOADA SERVICIILOR	LOCAȚIA SERVICIILOR
DOCUMENTE SOLICITATE: VĂ RUGĂM SĂ PRECIZAȚI DOCUMENTELE DSHS SOLICITATE, MARCÂND PROGRAMELE DSHS ÎN SECȚIUNEA B: ☐ Toate documentele deținute de părți din DSHS marcate în Secțiunea B. ☐ Următoarele documente deținute de părți din DSHS marcate în Secțiunea B:				
D. Solicitare pentru alte documente DSHS				
Solicit următoarele documente DSHS: ☐ Documente de licențiere pentru următoarea instituție sau furnizor: ☐ Contracte sau documente de achiziții pentru următoarele: ☐ Documente de personal sau de angajare legate de (identificați angajatul/ții DSHS): ☐ Descrieți alte documente solicitate cât mai complet posibil, incluzând data, tipul documentului și programul:				
E. Acces la documente (completați această secțiune pentru toate solicitările)				
☐ Înțeleg că DSHS poate percepe taxe pentru copii ale documentelor, conform WAC 388-01-080. ☐ Vă rog să mă contactați pentru a stabili o oră la care să pot consulta documentele. ☐ Alte solicitări speciale:				
NOTĂ: Trebuie să prezentați dovada identității sau a autorității dumneavoastră pentru a obține documente confidențiale. Utilizați formularul de autorizare DSHS 17-063 pentru a permite accesul la documente despre alte persoane.				
SOLICITAT DE (SEMNĂTURĂ)				DATA SEMNĂRII
SEMNĂTURA MARTORULUI SAU A NOTARULUI CARE VERIFICĂ IDENTITATEA, DACĂ ESTE NECESAR			NUMELE TIPĂRIT AL MARTORULUI SAU AL NOTARULUI, DACĂ ESTE NECESAR	
În cazul în care nu sunt persoana care face obiectul documentelor confidențiale, sunt autorizat să accesez aceste documente în calitate de (anexați dovada autorizării): ☐ Părinte al minorului ☐ Tutore legal ☐ Reprezentant personal sau al masei succesorale ☐ Altă variantă:				
OFFICE USE ONLY (PENTRU UTILIZARE EXCLUSIVĂ ÎN CADRUL BIROULUI)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	☐ ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED