

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"/> Управление по защите психического здоровья (BHA) <input type="checkbox"/> Служба социального обслуживания (CSD – социальная помощь) <input type="checkbox"/> Отдел по вопросам помощи детям (DCS) <input type="checkbox"/> Управление по вопросам оказания услуг на дому и по месту жительства (HCS) <input type="checkbox"/> Администрация по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DDA) <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 и выплате средств <input type="checkbox"/> Другое:				
C. Запрос о предоставлении документации клиентов Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS):				
<input type="checkbox"/> ЗАЯВИТЕЛЬ		ИМЯ	(ФАМИЛИЯ)	ИМЯ
<input type="checkbox"/> ДРУГОЕ		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:				
OFFICE USE ONLY (только для служебного пользования)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED