

# Запит на отримання документації або інформації DSHS

## Request for DSHS Records

<b>A. Запит про документацію/інформацію DSHS:</b>			
ПРИЗВИЩЕ	ІМ'Я	ДРУГЕ ІМ'Я	ПОСАДА
НАЗВА ОРГАНІЗАЦІЇ АБО КОМПАНІЇ, ЯКЩО ЗАСТОСОВНО			
ПОШТОВА АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	НОМЕР ФАКСУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ	
<b>B. Запит на отримання документації/інформації з цих програм DSHS (позначте всі пункти, що стосуються вас):</b>			
Психічне здоров'я (BHA) <input type="checkbox"/> Організації з контролю за психічним здоров'ям на рівні штату (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> Центр спеціальних зобов'язань (SCC) <input type="checkbox"/> Офіс юридичних служб щодо психічного здоров'я (OFMHS) <input type="checkbox"/> Інше (наприклад, штаб-квартира, RTF): Економічні послуги (ESA) <input type="checkbox"/> Громадські послуги (CSD - допомога громади) <input type="checkbox"/> Служба з питань допомоги дітям (DCS) <input type="checkbox"/> Послуги з питань встановлення інвалідності (DDDS) <input type="checkbox"/> Інше (наприклад, штаб-квартира): Офіс Секретаря (OOS) <input type="checkbox"/> Офіс корпоративного управління ризиками (ERMO) <input type="checkbox"/> Управління людськими ресурсами (працівник DSHS)		Адміністрація з обслуговування літніх людей та тривалої допомоги (AL TSA) <input type="checkbox"/> Послуги вдома та за місцем проживання (HCS) <input type="checkbox"/> Відділення послуг по догляду за місцем проживання (RCS) <input type="checkbox"/> Служби захисту дорослих (APS) <input type="checkbox"/> Інше (наприклад, штаб-квартира): Адміністрація об'єктів, фінансів і аналітики (FFA) <input type="checkbox"/> Центральний підрозділ з перевірки біографічних даних (BCCU) <input type="checkbox"/> Бюро з питань шахрайства та відповідальності <input type="checkbox"/> Питання відпустки / нарахування заробітної плати (працівник DSHS) <input type="checkbox"/> Адміністрація з питань вад розвитку (DDA) <input type="checkbox"/> Відділення трудової реабілітації (DVR) <input type="checkbox"/> Інше:	
<b>C. Запит на отримання документації/інформації DSHS про:</b>			
<input type="checkbox"/> СЕБЕ <input type="checkbox"/> ДРУГИХ		ПРИЗВИЩЕ	ІМ'Я
ДАТА НАРОДЖЕННЯ		КОЛИШНІ ІМЕНА	
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	ІНШІ ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ НОМЕРИ	ДАТИ ОБСЛУГОВУВАННЯ	МІСЦЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ
<b>ЗАПИТ ДОКУМЕНТІВ АБО ІНФОРМАЦІЇ:</b> БУДЬ ЛАСКА, ЗАЗНАЧТЕ ДОКУМЕНТИ/ІНФОРМАЦІЮ, ЗАПИТУВАНІ В ПРОГРАМАХ DSHS, ЗАЗНАЧЕНИХ ВИЩЕ В РОЗДІЛІ В: <input type="checkbox"/> Усі документи/інформація, що зберігаються в підрозділах DSHS, позначених в розділі В. <input type="checkbox"/> Лише наступні документи/інформація, що зберігаються в підрозділах DSHS, позначених у розділі В:			
<b>D. Запит на отримання іншої документації/інформації DSHS</b>			
Я прошу надати мені такі документи/таку інформацію DSHS:			
<input type="checkbox"/> Ліцензійні документи, які стосуються наступного закладу або постачальника: <input type="checkbox"/> Документи з інформацією про контракти або закупівлі для такого: <input type="checkbox"/> Персонал DSHS або трудові записи, пов'язані з (вказати працівника(ів) DSHS: ) <input type="checkbox"/> Опишіть інші запитовані документи/інформацію якомога детальніше, включно з датою, типом запису та програмою:			
<b>E. Доступ до документів/інформації (заповніть цей розділ для всіх запитів)</b>			
<input type="checkbox"/> Я розумію, що DSHS може стягувати плату за копії своїх документів/інформації відповідно до WAC 388-01-080. <input type="checkbox"/> Будь ласка, зв'яжіться зі мною, щоб домовитися про час для перевірки документів/інформації. <input type="checkbox"/> Інші спеціальні запити:			
<b>ПРИМІТКА:</b> Ви маєте надати посвідчення особи або підтвердити повноваження для отримання конфіденційних документів або інформації. Використовуйте Форму дозволу, DSHS 17-063, щоб надати дозвіл на отримання документів/інформації про інших осіб.			
ЗАПИТАВ(ЛА) (ПІДПИС)			ДАТА ПІДПИСАННЯ
ПІДПИС СВІДКА АБО НОТАРІУСА, ЩО ЗАСВІДЧУЄ ОСОБУ, ЯКЩО ПОТРІБНО		ДРУКОВАНЕ ІМ'Я СВІДКА АБО НОТАРІУСА, ЯКЩО ПОТРІБНО	
Якщо я не є особою, зазначеною в цих конфіденційних документах/інформації, у мене є право доступу до цієї документації або інформації, оскільки я є: (додайте підтвердження повноважень) <input type="checkbox"/> Батько чи мати неповнолітнього <input type="checkbox"/> Законний опікун <input type="checkbox"/> Особистий або майновий представник <input type="checkbox"/> Інше:			
<b>OFFICE USE ONLY (ТІЛЬКИ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ)</b>			
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY: DATE RECORDS PRODUCED