

Запрос на предоставление документации Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (DSHS)

Request for DSHS Records

A. Запрос на предоставление документации Департаментом DSHS от:			
ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ		ИМЯ	
СРЕДНЕЕ ИМЯ		ДОЛЖНОСТЬ	
НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ПРЕДПРИЯТИЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО			
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД	
ШТАТ		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОЙ ЗОНЫ)		НОМЕР ФАКСА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОЙ ЗОНЫ)	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ			
B. Запрос на предоставление документации в рамках следующих программ DSHS (отметьте все, что применимо):			
Психическое здоровье (BHA) <input type="checkbox"/> Учреждения штата по защите психического здоровья (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> Специализированный центр принудительной госпитализации (SCC) <input type="checkbox"/> Отделение по поддержанию психического здоровья правонарушителей (OFMHS) <input type="checkbox"/> Другое (головные офисы организаций, лечебные учреждения интернатного типа (RTFs)): Экономические услуги (ESA) <input type="checkbox"/> Служба социального обеспечения (CSD — социальная помощь) <input type="checkbox"/> Отдел по вопросам помощи детям (DCS) <input type="checkbox"/> Услуги по определению инвалидности (DDDS) <input type="checkbox"/> Другое (например, головные офисы организаций): Управление секретаря (OOS) <input type="checkbox"/> Управление рисками для коммерческих предприятий (Enterprise Risk Management Office, ERMO) <input type="checkbox"/> Отдел кадров (для служащих DSHS)		Администрация поддержки пожилых людей и долгосрочного ухода (AL TSA) <input type="checkbox"/> Управление по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services, HCS) <input type="checkbox"/> Отдел услуг в учреждениях интернатного типа (RCS) <input type="checkbox"/> Службы защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services, APS) <input type="checkbox"/> Другое (например, головные офисы организаций): Учреждения, финансы и аналитика (FFA) <input type="checkbox"/> Центральное подразделение по проверке биографических данных (BCCU) <input type="checkbox"/> Расследование фактов мошенничества и отчетности (OFA) <input type="checkbox"/> Отпуск / выплата заработной платы (для служащих DSHS) <input type="checkbox"/> Инвалидность вследствие нарушений развития (DDA) <input type="checkbox"/> Профессиональная реабилитация (DVR) <input type="checkbox"/> Иное:	
C. Запрос на предоставление Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) документации о:			
<input type="checkbox"/> СЕБЕ <input type="checkbox"/> ДРУГОМ ЛИЦЕ		ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ		ИМЯ	
ПРЕЖНИЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ		СРЕДНЕЕ ИМЯ	
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДРУГИЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ НОМЕРА	ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ	МЕСТО ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ
ЗАПРАШИВАЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ: УКАЖИТЕ ТИП ДОКУМЕНТАЦИИ, ЗАПРАШИВАЕМОЙ В РАМКАХ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ ПРОГРАММ DSHS В РАЗДЕЛЕ B:			
<input type="checkbox"/> Вся документация, содержащаяся в архивах отмеченных в разделе B отделений Департамента DSHS. <input type="checkbox"/> Только следующая документация, содержащаяся в архивах отмеченных в разделе B отделений Департамента DSHS:			
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"/> Документы о заключении договора или материально-техническом обеспечении для следующего: <input type="checkbox"/> Записи о персонале или о трудоустройстве в DSHS, относящиеся к (укажите сотрудника (-ов) DSHS): <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 особые запросы:			
ПРИМЕЧАНИЕ: Вы обязаны 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.			
КЕМ НАПРАВЛЕН ЗАПРОС (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 представителем либо представителем по имущественным вопросам <input type="checkbox"/> Другое:			
OFFICE USE ONLY (ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)			
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY: DATE RECORDS PRODUCED