

Solicitud de registros del DSHS Request for DSHS Records

A. Solicitud de registros del DSHS de:				
NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TÍTULO
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O NEGOCIO, SI APLICA				
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
B. Solicitud de registros de estos programas del DSHS (marque todos los que correspondan):				
Salud conductual (BHA)		Apoyos para Adultos Mayores y a Largo Plazo (AL TSA)		
<input type="checkbox"/> Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> Centro de Internamiento Especial (SCC) <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental Forense (OFMHS) <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, oficinas centrales, RTF):		<input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Atención Residencial (RCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Protección a Adultos (APS) <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, oficinas centrales):		
Servicios Económicos (ESA)		Instituciones, Finanzas y Análisis (FFA)		
<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública) <input type="checkbox"/> Manutención para Niños (DCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Determinación de Discapacidad (DDDS) <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, oficinas centrales):		<input type="checkbox"/> Unidad Central de Investigación de Antecedentes (BCCU) <input type="checkbox"/> Fraudes y Responsabilidad (OFA) <input type="checkbox"/> Permisos / Nóminas (empleado del DSHS) <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo (DDA) <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional (DVR)		
Oficina del Secretario (OOS)		Otro:		
<input type="checkbox"/> Gestión de Riesgos Empresariales (ERMO) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos (empleado del DSHS)				
C. Solicitud de registros del DSHS de:				
<input type="checkbox"/> USTED MISMO <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA		NOMBRE	APELLIDO	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRES ANTERIORES		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE		OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DEL SERVICIO	UBICACIÓN DEL SERVICIO
REGISTROS SOLICITADOS: ESPECIFIQUE LOS REGISTROS SOLICITADOS DE LOS PROGRAMAS DEL DSHS MARCADOS EN LA SECCIÓN B:				
<input type="checkbox"/> Todos los registros conservados por las dependencias del DSHS marcadas en la sección B. <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros conservados por las dependencias del DSHS marcadas en la sección B:				
D. Solicitud de otros registros del DSHS				
Solicito los siguientes registros del DSHS:				
<input type="checkbox"/> Registros de licencia de la siguiente instalación proveedor: <input type="checkbox"/> Registros de contratos o compras de lo siguiente: <input type="checkbox"/> Registros de personal o empleo del DSHS relacionados con _____ (identifique a los empleados del DSHS): <input type="checkbox"/> Describa los otros registros solicitados de la manera más completa posible, incluyendo fechas, tipo de registros y programas:				
E. Acceso a los registros (llene esta sección para todas las solicitudes)				
<input type="checkbox"/> Entiendo que el DSHS puede cobrar por las copias de sus registros de acuerdo con WAC 388-01-080. <input type="checkbox"/> Comuníquese conmigo para acordar una fecha y hora en la que yo pueda examinar los registros. <input type="checkbox"/> Otras peticiones especiales:				
NOTA: Debe presentar comprobantes de su identidad o autoridad para obtener registros confidenciales. Utilice el formulario de autorización, DSHS 17-063, para otorgar permiso para obtener registros sobre otras personas.				
SOLICITADO POR (FIRMA)				FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO QUE VERIFICA LA IDENTIDAD, SI SE REQUIERE			NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO O NOTARIO, SI SE REQUIERE	
Si no soy la persona a la que se refieren los registros confidenciales, tengo autorización para obtener acceso a estos registros dado que soy (anexar evidencia de la autoridad): <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante personal o albacea <input type="checkbox"/> Otro:				
OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED