

## Запрос на получение записей Records Request

Запросы о предоставлении информации, относящейся к услугам по опеке и попечительству для детей, рассматриваются не в соответствии с Законом о доступе к документам публичного характера (Public Records Act), а в соответствии с положениями RCW 13.50.100 и прочих законов, предусматривающих доступ к документам такого типа.

### А. ДАННЫЕ ЛИЦА, ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ИНФОРМАЦИЮ

ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ	ФАМИЛИЯ	ТИТУЛ / КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (инструкции по доставке «до востребования» приведены на обратной стороне формы)		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)			АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	

### В. ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ЗАПИСЕЙ СЛЕДУЮЩЕГО ЛИЦА:

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ - СРЕДНЕЕ ИМЯ - ФАМИЛИЯ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАПРАШИВАЮЩИМ ЛИЦОМ	РАЗРЕШЕНИЕ И УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ С ФОТОГРАФИЕЙ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ВСЕХ ЛИЦ СТАРШЕ 18 ЛЕТ	
			<input type="checkbox"/> Удостоверение личности прилагается	<input type="checkbox"/> Разрешение
			<input type="checkbox"/> Удостоверение личности прилагается	<input type="checkbox"/> Разрешение
			<input type="checkbox"/> Удостоверение личности прилагается	<input type="checkbox"/> Разрешение
			<input type="checkbox"/> Удостоверение личности прилагается	<input type="checkbox"/> Разрешение
			<input type="checkbox"/> Удостоверение личности прилагается	<input type="checkbox"/> Разрешение

### С. ДОКУМЕНТЫ КАКОГО ТИПА ВЫ ЗАПРАШИВАЕТЕ?

**Чтобы мы смогли наиболее эффективно ответить вашим потребностям, будьте как можно конкретнее, выбирая варианты из записей, указанных ниже.**

Программы опеки и попечительства для детей	Усыновление/удочерение	Региональное лицензирование (Дом патронатного воспитания, дом для группового проживания, ухаживающее лицо из числа родственников или близких)	Раннее обучение (Лицензированные поставщики услуг ухода за детьми)	Реабилитационный центр для молодежи
<input type="checkbox"/> Помещение	<input type="checkbox"/> Постановление об усыновлении/удочерении	<input type="checkbox"/> Досье поставщика/на тему лицензирования (все документы, поданные для получения лицензии)	<input type="checkbox"/> Досье на тему лицензирования	<input type="checkbox"/> Все записи JRA клиента
<input type="checkbox"/> Расследование Оценки	<input type="checkbox"/> Медицинские документы	<input type="checkbox"/> Документы в рамках расследования	<input type="checkbox"/> Инспекции учреждения в ответ на полученные жалобы	<input type="checkbox"/> Записи о медицинской/психиатрической/терапии
<input type="checkbox"/> План обеспечения безопасности	<input type="checkbox"/> Предварительный процесс усыновления/удочерения (Pre-Adoption) — Биологическая семья	<input type="checkbox"/> Отчеты по жалобам на учреждение, не относящиеся к CPS	<input type="checkbox"/> История несоблюдения WAC	<input type="checkbox"/> Школьные записи
<input type="checkbox"/> Документы по делу клиента	<input type="checkbox"/> Период после усыновления/удочерения (Post Adoption)	<input type="checkbox"/> Политика и процедуры регионального лицензирования	<input type="checkbox"/> Список поставщиков услуг по уходу за детьми	<input type="checkbox"/> Отчеты об инцидентах в учреждениях ювенальной реабилитации (JR)
<input type="checkbox"/> Примечания к делу	<input type="checkbox"/> Юридические/судебные записи	<input type="checkbox"/> Изучение социально-бытовых условий проживания		<input type="checkbox"/> Дата начала: _____ Дата окончания: _____
Дата начала: _____ Дата окончания: _____	Дата начала: _____ Дата окончания: _____	Дата начала: _____ Дата окончания: _____	Дата начала: _____ Дата окончания: _____	Дата начала: _____ Дата окончания: _____

### Д. Дополнительная запрашиваемая информация, НЕ перечисленная выше:

**Я подтверждаю, что я являюсь лицом, которое запрашивает информацию, и моя личность подтверждена по предоставленным мной документам. Я также понимаю, что любая информация, которую я получаю, является конфиденциальной, и ее дальнейшее раскрытие запрещено.**

ПОДПИСЬ ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ЛИЦА	ДАТА ПОДПИСИ
-----------------------------	--------------

<p><b>ПРИМЕЧАНИЕ: ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВАШУ ЛИЧНОСТЬ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ.</b></p> <p>ЕСЛИ ВЫ НЕ ЯВЛЯЕТЕСЬ КЛИЕНТОМ ИЛИ ЕСЛИ ЛИЦО, ЧЬЮ ИНФОРМАЦИЮ ВЫ ЗАПРАШИВАЕТЕ, СТАРШЕ 18 ЛЕТ, ТО ВЫ ТАКЖЕ ДОЛЖНЫ ПРИЛОЖИТЬ ФОРМУ РАЗРЕШЕНИЯ (DCYF 17-063) И УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ТАКОГО ЛИЦА С ФОТОГРАФИЕЙ.</p>	<input type="checkbox"/> Прилагается удостоверение личности или нотариально заверенная форма <input type="checkbox"/> Разрешение (если требуется)
---	--

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАПРОСА О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЗАПИСЕЙ

**Назначение:** Запрос в DCYF о предоставлении записей.

**Уведомление для клиентов:** Большинство информации о клиентах, которая содержится в архивах DCYF, является конфиденциальной; она не будет раскрыта кому бы то ни было без имеющегося разрешения, либо если такое раскрытие не предусмотрено законом. **\*\*\*ВЫ ОБЯЗАНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЕ ЗАПИСИ.\*\*\***

**Использование:** Вы можете заполнить эту форму в электронном виде или вручную. Переходите между полями формы с помощью клавиши Tab.

### Части формы:

#### Раздел А (Данные лица, запрашивающего информацию)

- 1) Имя, фамилия: Укажите ваше полное имя и титул или степень родства с клиентом
- 2) Заполните почтовый адрес
  - a. **Доставка «до востребования» (General delivery address)** — корреспонденция будет отправлена в местное отделение почты, где вы сможете ее забрать
- 3) Номера телефона, включая коды территории, а также адрес электронной почты

#### Раздел В: (Запрос на получение записей следующего лица)

- 1) Имя, среднее имя и фамилия лица, чью информацию вы запрашиваете
- 2) Укажите даты рождения
- 3) Кем это лицо приходится заявителю (ребенок, супруг/супруга и т. д.)?
- 4) Если лицу исполнилось восемнадцать (18) лет, то есть ли у вас разрешение (форма 17-063) и
- 5) Приемлемое удостоверение личности для каждого лица
  - a. Студенческий/ученический билет учебного заведения
  - b. Удостоверение федерального образца/ заграничный паспорт/ военное удостоверение
  - c. Карта Департамента исправительных учреждений (Department of Corrections Identification)
  - d. Удостоверение члена индейского племени
  - e. Любая удостоверяющая личность карта с фото, выданная властями штата или федеральным ведомством

#### Раздел С: (Документы какого типа вы запрашиваете?)

- 1) Отметьте все подходящие варианты.
- 2) Укажите периоды времени.

#### Раздел D: (Требуемые разъяснения)

- 1) Будьте как можно более конкретными

#### (Поле для подписи)

- 1) Подпись запрашивающего лица и дата
- 2) Вы прилагаете копию удостоверения личности с фотографией или же форма подписана в присутствии нотариуса?
- 3) Требуется ли нам разрешение
  - a. Если вы не являетесь клиентом или лицом, чью информацию вы запрашиваете, старше 18 лет, то вы обязаны приложить форму с разрешением (DCYF 17-063) и удостоверение личности такого лица с фотографией.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ДЕПАРТАМЕНТА DCYF:** Если в такой информации содержатся данные о возбудителях болезней, передающихся с кровью, то Департамент DCYF должен уведомить получателей информации о ее конфиденциальном характере, и что получатели информации не могут далее раскрывать эту информацию без специального разрешения, предусмотренного RCW 70.02.300. Если в соответствии с этим разрешением Департамент DCYF раскроет информацию об услугах, получаемых в связи со злоупотреблением наркотиками или алкоголем, то для дальнейшей передачи такой информации Департамент DCYF обязан включить следующее заявление, требуемое разделом 42 CFR 2.32:

Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (согласно 42 CFR part 2). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без специального письменного согласия лица, к которому она относится, либо иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации НЕДОСТАТОЧНО для этой цели. Согласно федеральным нормативным документам, эту информацию запрещено использовать для какого бы то ни было уголовного расследования и преследования любых пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.