

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"/> Расследование Оценка <input type="checkbox"/> План обеспечения безопасности <input type="checkbox"/> Документы по делу клиента <input type="checkbox"/> Примечания к делу Дата начала: _____ Дата окончания: _____	<input type="checkbox"/> Постановление об усыновлении/удочерении <input type="checkbox"/> Медицинские документы <input type="checkbox"/> Предварительный процесс усыновления/удочерения (Pre-Adoption) — Биологическая семья <input type="checkbox"/> Период после усыновления/удочерения (Post Adoption) <input type="checkbox"/> Юридические/судебные записи Дата начала: _____ Дата окончания: _____	<input type="checkbox"/> Досье поставщика/на тему лицензирования (все документы, поданные для получения лицензии) <input type="checkbox"/> Документы в рамках расследования <input type="checkbox"/> Отчеты по жалобам на учреждение, не относящиеся к CPS <input type="checkbox"/> Политика и процедуры регионального лицензирования <input type="checkbox"/> Изучение социально-бытовых условий проживания Дата начала: _____ Дата окончания: _____	<input type="checkbox"/> Досье на тему лицензирования <input type="checkbox"/> Инспекции учреждения в ответ на полученные жалобы <input type="checkbox"/> История несоблюдения WAC <input type="checkbox"/> Список поставщиков услуг по уходу за детьми Дата начала: _____ Дата окончания: _____	<input type="checkbox"/> Все записи JRA клиента <input type="checkbox"/> Записи о медицинской/психиатрической/терапии <input type="checkbox"/> Школьные записи <input type="checkbox"/> Отчеты об инцидентах в учреждениях ювенольной реабилитации (JR) 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>ПРИМЕЧАНИЕ: ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВАШУ ЛИЧНОСТЬ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ.</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.