

## Solicitud de registros Records Request

Las solicitudes de registros de bienestar del niño no son procesadas bajo la Ley de Registros Públicos, sino exclusivamente bajo RCW 13.50.100 y otras leyes que otorgan acceso a estos registros.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
NOMBRE: PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	PUESTO / RELACIÓN CON EL CLIENTE
DIRECCIÓN POSTAL <i>(instrucciones generales de entrega al reverso del formulario)</i>			CIUDAD	ESTADO
CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				

B. SOLICITA REGISTROS DE:				
NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	SE REQUIEREN LA AUTORIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS	
			<input type="checkbox"/> Se incluye ID	<input type="checkbox"/> Autorización
			<input type="checkbox"/> Se incluye ID	<input type="checkbox"/> Autorización
			<input type="checkbox"/> Se incluye ID	<input type="checkbox"/> Autorización
			<input type="checkbox"/> Se incluye ID	<input type="checkbox"/> Autorización
			<input type="checkbox"/> Se incluye ID	<input type="checkbox"/> Autorización

C. ¿QUÉ TIPO DE REGISTROS ESTÁ SOLICITANDO?				
<i>Para atender mejor sus necesidades, sea tan específico como le sea posible al identificar los siguientes registros.</i>				
Programas de bienestar infantil	Adopciones	Licencias regionales (Cuidado de crianza, hogar grupal, familiar cuidador)	Aprendizaje temprano (Proveedores autorizados de cuidado infantil)	Rehabilitación de menores
<input type="checkbox"/> Ingresos	<input type="checkbox"/> Decreto de adopción	<input type="checkbox"/> Archivo de proveedor/licencia (todo lo enviado para obtener la licencia)	<input type="checkbox"/> Archivo de licencia	<input type="checkbox"/> Todos los registros de JRA del cliente
<input type="checkbox"/> Evaluación de investigación	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Archivos de investigación	<input type="checkbox"/> Inspecciones por quejas sobre instalaciones	<input type="checkbox"/> Registros médicos/ salud mental/ tratamiento
<input type="checkbox"/> Plan de seguridad	<input type="checkbox"/> Preadopción – Familia biológica	<input type="checkbox"/> Informes de quejas de centros ajenos a CPS	<input type="checkbox"/> Historial de infracciones de WAC	<input type="checkbox"/> Expedientes escolares
<input type="checkbox"/> Archivo del caso del cliente	<input type="checkbox"/> Posterior a la adopción	<input type="checkbox"/> Políticas y procedimientos de licencias regionales	<input type="checkbox"/> Lista de proveedores de cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Informes de incidentes de JR
<input type="checkbox"/> Notas del caso	<input type="checkbox"/> Registros legales/judiciales	<input type="checkbox"/> Estudio del hogar		<input type="checkbox"/> Fecha de inicio: _____
Fecha de inicio: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha de inicio: _____	Fecha de inicio: _____
Fecha de terminación: _____	Fecha de terminación: _____	Fecha de terminación: _____	Fecha de terminación: _____	Fecha de terminación: _____

D. Información adicional solicitada que NO se menciona arriba:

<b>Certifico que soy la persona que solicita la información y que he presentado la documentación que prueba mi identidad. Además, comprendo que toda la información que reciba es confidencial y no debe ser divulgada.</b>	
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA DE LA FIRMA
<b>NOTA: DEBERÁ PRESENTAR UN COMPROBANTE DE IDENTIDAD PARA OBTENER REGISTROS CONFIDENCIALES.</b>	<input type="checkbox"/> Se incluye ID o formulario notariado
<b>SI USTED NO ES EL CLIENTE, O SI LA PERSONA SOBRE LA QUE SOLICITA INFORMACIÓN ES MAYOR DE 18 AÑOS, TAMBIÉN DEBE ENTREGAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN (DCYF 17-063) Y LA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA DE LA PERSONA.</b>	<input type="checkbox"/> Autorización (de ser necesaria)

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS

**Propósito:** Solicitar registros al DCYF.

**Aviso a clientes:** La mayoría de la información que tiene el DCYF sobre sus clientes es confidencial y no será divulgada a otros a menos que usted tenga permiso o que la divulgación sea permitida por la ley. **\*\*\*USTED DEBE ENTREGAR UN COMPROBANTE DE IDENTIDAD PARA OBTENER REGISTROS CONFIDENCIALES.\*\*\***

**Uso:** Puede llenar este formulario de manera electrónica o a mano. Use la tecla "Tab" de la computadora para moverse de un campo a otro.

### Partes del formulario:

#### **Sección A (información del solicitante)**

- 1) Nombre: Proporcione su nombre completo y su puesto o su relación con el cliente.
- 2) Escriba su dirección postal.
  - a. **Dirección de lista de correos** se enviará a la oficina local para ser recogida.
- 3) Número de teléfono, incluyendo código de área y dirección de correo electrónico.

#### **Sección B: (Solicita registros de)**

- 1) Primer nombre, segundo nombre y apellido de las personas de las que se solicita información.
- 2) Fechas de nacimiento completas
- 3) ¿Cuál es la relación de la persona con el solicitante (hijo, cónyuge, etc.)?
- 4) Si la persona es mayor de dieciocho (18) años, debe contar con su autorización (formulario 17-063) y
- 5) Identificación con fotografía aceptable de cada persona
  - a. Identificación de estudiante de una escuela
  - b. Identificación federal /Pasaporte / Identificación militar
  - c. Tarjeta de identificación del Departamento de Correccionales
  - d. Identificación tribal
  - e. Cualquier identificación con fotografía expedida por autoridades federales o estatales

#### **Sección C: (¿Qué tipo de registros está solicitando?)**

- 1) Marque todas las casillas aplicables.
- 2) Incluya rangos de fechas.

#### **Sección D: (Aclaraciones requeridas)**

- 1) Sea tan específico como sea posible.

#### **(Cuadro de firma)**

- 1) Firma del solicitante y fecha
- 2) ¿Incluyó identificación con fotografía o el formulario está notariado?
- 3) Necesitamos autorización
  - a. Si usted no es el cliente o si la persona sobre la que solicita información es mayor de 18 años, también debe entregar un formulario de autorización (DCYF 17-063) y la identificación con fotografía de la persona.

**AVISO PARA EL DCYF:** Si estos registros contienen información sobre patógenos de transmisión sanguínea, el DCYF debe notificar a los receptores que la información es confidencial y que no pueden divulgar los registros sin una autorización específica como lo requiere RCW 70.02.300. Si el DCYF envía copias de registros referentes a servicios por drogas o alcohol de acuerdo a esta autorización, el DCYF debe incluir la siguiente declaración al divulgar información, como lo requiere 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las Leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.