|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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)  Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC)  Centro de Internamiento Especial (SCC)  Servicios de Salud Mental Forense (OFMHS)  Otro (por ejemplo, oficinas centrales, RTF):  Servicios Económicos (ESA)  Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública)  Manutención para Niños (DCS)  Servicios de Determinación de Discapacidad (DDDS)  Otro (por ejemplo, oficinas centrales):  Oficina del Secretario (OOS)  Gestión de Riesgos Empresariales (ERMO)  Recursos Humanos (empleado del DSHS) | | | | | | | Apoyos para Adultos Mayores y a Largo Plazo (ALTSA)  Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS)  Servicios de Atención Residencial (RCS)  Servicios de Protección a Adultos (APS)  Otro (por ejemplo, oficinas centrales):  Instituciones, Finanzas y Análisis (FFA)  Unidad Central de Investigación de Antecedentes (BCCU)  Fraudes y Responsabilidad (OFA)  Permisos / Nóminas (empleado del DSHS)  Discapacidades del Desarrollo (DDA)  Rehabilitación vocacional (DVR)  Otro: | | | | | | | |
| **C. Solicitud de registros del DSHS de:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **USTED MISMO**   **OTRA PERSONA** | | | NOMBRE APELLIDO NOMBRE 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:  Todos los registros conservados por las dependencias del DSHS marcadas en la sección B.  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:  Registros de licencia de la siguiente instalación proveedor:  Registros de contratos o compras de lo siguiente:  Registros de personal o empleo del DSHS relacionados con       (identifique a los empleados del DSHS):  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)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo que el DSHS puede cobrar por las copias de sus registros de acuerdo con WAC 388-01-080.  Comuníquese conmigo para acordar una fecha y hora en la que yo pueda examinar los registros.  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):  Padre del menor  Tutor legal  Representante personal o albacea  Otro: | | | | | | | | | | | | | | |
| **OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATE RECEIVED** | | **RECEIVED AT:** | | | | **DATE ACKNOWLEDGED** | | | **ID VERIFIED**  **BY:** | | | | | **DATE RECORDS PRODUCED** |