الرجاء الكتابة بخط واضح واستعمال الحبر الأسود.

التعليمات مرفقة.

Washington State Department of Social & Health Services

ترخيص بالتحقيق في الخلفية
BACKGROUND AUTHORIZATION

القسم 1: بيانات المؤسسة (يتم ملئها من قبل موظفي قسم الخدمات الاجتماعية والصحية أو مزود الخدمة أو صاحب الطلب أو المرخص له و/أو المقاول)

1. اسم المؤسسة التي طلبت التحقيق في الخلفية (ضروري)

2. اسم وتوقيع الشخص الذي طلب التحقيق في الخلفية، يتم ملأ هذه البيانات من قبل قسم الخدمات الاجتماعية والصحية (ضروري)
الاسم بخط واضح: التوقيع:

3. سبب التحقيق في الخلفية (ضروري بالنسبة لإدارة شؤون الأطفال وإدارة الخدمات الاقتصادية وإدارة خدمات المسنين والمعاقين وقسم الخدمات الاجتماعية والصحية للتوظيف من قبل الولاية)

إدارة الأطفال:
- ☐ خدمة الرعاية
- ☐ موظف منشأة سكن أو وكالة تعيين الطفل
- ☐ التبني
- ☐ تعيين الطفل عند قريب من طرف مصلحة خدمات الأسرة والطفل
- ☐ الشخص موضوع (أو الذي له علاقة بـ) التحقيق في الخلفية من طرف خدمات حماية الطفل

إدارة الخدمات الاقتصادية:
- ☐ رعاية الطفل في منزل عائلي
- ☐ مركز رعاية الطفل
- ☐ مركز الأطفال في سن الدراسة
- ☐ قريب في البيت
- ☐ بالنيابة عن الوالدين

مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية توظيف حكومي:
رقم الوظيفة: _____ **(أكتب لا ينطبق إذا كان لا ينطبق)**
- ☐ وظيفة مستقرة
- ☐ وظيفة غير مستقرة
- ☐ إقامة دراسية
- ☐ دراسة عملية
- ☐ متطوع
- ☐ فصل

إدارة خدمات المسنين والمعاقين:
- ☐ الشخص موضوع (أو له علاقة) التحقيق في الخلفية من طرف وكالة خدمة حماية البالغين وفقا لقانون ولاية واشنطن RCW 74.34 .

4. رقم حساب الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية (ضروري)

5. رقم هوية مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية

القسم 2: بيانات صاحب الطلب (تُملأ من قبل الشخص الذي سيتم التحقيق في خلفيته)

6. رقم الضمان الاجتماعي (خياري)

7. تاريخ الولادة (اليوم والشهر والسنة) (ضروري)

8. أكتب اسمك (أسمائك) الكامل(ة) بخط واضح (ضروري):

	الاسم الأول **(أكتب لا ينطبق إذا كان ذلك لا ينطبق)**	الاسم الثاني **أكتب لا ينطبق إذا كان ذلك لا ينطبق)**
اللقب **(أكتب لا ينطبق إذا كان ذلك لا ينطبق)**		
أ. الاسم الحالي: (أكتب نفس الاسم إذا كان الاسم المستعمل هو الاسم الحالي)	(أكتب نفس الاسم إذا كان الاسم المستعمل هو الاسم الحالي)	(أكتب نفس الاسم إذا كان الاسم المستعمل هو الاسم الحالي)
ب. الاسم عند الولادة		

9. أكتب الألقاب العائلية الأخرى التي عُرفت بها**(أكتب لا ينطبق إذا لم يتوفر ذلك)** (ضروري):

10. أكتب أسماء الشهرة والأسماء الأولى الأخرى التي عُرفت بها **(أكتب لا ينطبق إذا كان ذلك لا ينطبق)** (ضروري):

11. **هل سبق أن تمت إدانتك، أو هل هناك إجراءات قانونية ضدك بسبب جريمة؟** (ضروري) ..... ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب نعم أذكر الجريمة والولاية التي حدثت فيها الجريمة وتاريخ الإدانة أو حالة الإدانة.
أرفق صفحات إضافية إذا احتجت لذلك.

الجريمة: _____ الولاية: _____ تاريخ الإدانة: _____ التهمة المعلقة الحالة: ..... ☐ نعم ☐ لا

الجريمة: _____ الولاية: _____ تاريخ الإدانة: _____ التهمة المعلقة الحالة: ..... ☐ نعم ☐ لا

12. **هل سبق أن تمت إدانتك بسبب اعتداء جنسي أو تعسف جسدي أو إهمال أو هجر أو استغلال طفل أو حدث يافع أو شخص بالغ؟** (ضروري)..... ☐ نعم ☐ لا

13. **هل تم رفض أو إنهاء أو سحب أو تعليق، في أي وقت ما، عقد/رخصة لرعاية الأطفال أو الأحداث أو الأشخاص البالغين، كانت لديك أو أردت الحصول عليها؟** (ضروري) ..... ☐ نعم ☐ لا

14. **هل أصدرت المحكمة، في أي وقت ما، أمرا بالحماية ضدك بسبب إساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال المالي أو العنف الزوجي أو الهجر؟** (ضروري) ..... ☐ نعم ☐ لا

15. أذكر رقم رخصة سياقتك الجارية أو رقم بطاقة الهوية التي أصدرتها لك الولاية (ضروري)
يجب كتابة لا شيء إن لم يكن هناك شيء يُذكر.

رقم الهوية	الولاية التي أصدرت الوثيقة

16. أ. أذكر عدد السنوات والأشهر التي سكنت خلالها بدون انقطاع في ولاية واشنطن (ضروري): _____ السنوات/_____ الأشهر
ب. هل قامت **مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية** بأخذ بصمات أصابعك خلال الثلاثة سنوات الماضية؟ (ضروري) ☐ نعم ☐ لا

17. العنوان
أ. الحالي (ضروري):

المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة

ب. السابق (خياري):

18. أدرك أني أمضي هذا التصريح تحت طائل عقوبة الكذب. أشهد أن جميع المعلومات المُصرح بها أعلاه صحيحة وكاملة وذلك حسب معرفتي. أفهم أني إذا قدمت أجوبة خاطئة أو غير صادقة أو إذا حذفت معلومات عن قصد، فقد يؤدي ذلك إلى تجريدي في الحين من الأهلية بصفتي موظفاً أو مزود خدمة أو وكيلاً أو متعاقداً مرخص له و/أو كشخص مسموح له بتقديم الرعاية أو كفرد له إمكانية الوصول بدون مراقبة إلى أطفال أو أشخاص غير محميين. وأسمح بموجب هذه الوثيقة لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية بالحصول على المعلومات التي تتعلق بخلفيتي بما في ذلك، وبدون الحصر، الإدانات والرخص وخدمات حماية الأطفال والأشخاص البالغين وسجلات الرخص المهنية من جميع وكالات الشرطة ووكالات الولاية والوكالات الفيدرالية بما في ذلك مكتب التحقيقات الفيدرالي "أف. بي. أي" . أفهم أن القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية قد تقضي بإفشاء نتائج التحقيق في الخلفية وأي تحقيق في الخلفية قد تم في الماضي للاستجابة إلى طلبات النشر من العامة أو من المنظمات المدنية. أفهم أن كل معلومات غير كاملة أو غير قابلة للقراءة قد تسبب وقف أو تأخير الإجراء وأن وظيفتي أو اتفاقية التعاقد رهن لإنهاء إجراء التحقيق في خلفيتي بنجاح.

19. توقيع صاحب الطلب (ضروري)
إذا كان عمر صاحب الطلب أقل من 18 سنة يجب أن يوقع الولي أو الوصي.

20. التاريخ (ضروري)
(صالح لمدة ثلاثة أشهر بداية من تاريخ التوقيع)

FOR USE BY CHILDREN'S ADMINISTRATION AND DCCEL STAFF ONLY

CAMIS files checked by _____ on date _____ ☐ No information found ☐ Information available

معلومات لملأ استمارة الترخيص

يجب ملأ هذه الاستمارة طبقاً للتعليمات. لن تُقبل أي استمارة أخرى.

أكثر الأخطاء الشائعة عند طلب التحقيق في الخلفية:

- تُترك المربعات بيضاء.
- لا يمكن قراءة خط اليد.
- استعمال استمارة خاطئة.
- يكون سن صاحب الطلب أقل من 18 سنة ولم يوقع الولي أو الوصي على الاستمارة.
- يكون تاريخ التوقيع أكثر من ثلاثة (3) أشهر من تاريخ الاستلام من قبل الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية.

القسم 1: يجب ملأ هذا القسم من طرف المؤسسة التي طلبت التحقيق في الخلفية.

1. ضروري. أذكر المؤسسة التي طلبت التحقيق في الخلفية. قد تتضمن كلمة مؤسسة مكتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أو وكالة تعيين الطفل أو متعاقد أو منشأة مرخص لها أو صاحب طلب مرخص له أو مزود خدمة أو وكالة متعاقدة أو منشأة أو بيت حيث يتم تقديم الرعاية/الخدمة أو ولي. اتصل بمكتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية الذي يقدم لك الخدمات لتعرف اسم المؤسسة التي يجب ذكرها.
2. ضروري. يجب على الشخص الذي تقدم بطلب التحقيق في الخلفية أن يكتب اسمه بخط واضح ويوقع على الاستمارة.
3. ضروري فقط بالنسبة لإدارة شؤون الأطفال وإدارة الخدمات الاقتصادية وإدارة خدمات المسنين والمعاقين ووظيفة لدى الولاية مع مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية.
4. يُعيّن لكل مكتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية والذي يُطلب منه القيام بالتحقيق في الخلفية من خلال الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية رقم حساب في الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية. بالإمكان مشاهدة أرقام حساب الوحدة المركزية للتثبت من الخلفية على العنوان التالي http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm. يتم إرجاع نتائج التحقيق في الخلفية إلى العنوان أو إلى رقم الفاكس المرتبط برقم حساب الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية. الرجاء إشعار الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية بكل خطأ في العنوان أو في رقم الفاكس بعنوان البريد الإلكتروني التالي bccuinquiry@dshs.wa.gov أو 0299-902 (360) الرجاء تضمين رقم حساب الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية عند إرسال البريد الإلكتروني.
5. خياري يحتاج العديد من مكاتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية إلى رقم هوية لتناسب النتائج المقدمة إلى عملاء مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية وأصحاب الرخص والمتعاقدين أو مكاتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والموظفين. قد يتضمن رقم الهوية وليس من باب الحصر فقط، رقم الضمان الاجتماعي للولي أو الوصي أو رقم هوية العميل أو رقم هوية موظف مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أو رقم الهوية التجارية للمنشأة. اتصل بمكتب الخدمات الاجتماعية والصحية الذي تتلقى منه خدماتك لتعرف ما إذا كنت تحتاج إلى رقم هوية.

القسم 2: يقوم صاحب الطلب (الشخص الذي سيتم التحقيق في خلفيته) بملأ هذا الجزء. يجب على موظف مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية الذي يقوم بالتحقيق في الخلفية لصالح وكالة خدمات حماية البالغين أو وكالة خدمات حماية الأطفال أن يملأ هذا القسم وفقا للمعلومات المتوفرة له.

6. خياري
7. ضروري.
8. أ. ضروري.

   ب. ضروري. يجب ذكر الاسم الكامل عند الولادة. أكتب نفس الاسم إذا كان الاسم المستعمل الآن هو اسم الولادة. أكتب لا شيء إذا لم يكن لديك اسما عند الولادة.
9. ضروري. أكتب لا شيء إذا لم يكن هناك اسم آخر تُعرف به.
10. ضروري. أكتب لا شيء إذا لم تكن لديك اسم شهرة.
11. ضروري.
12. ضروري.
13. ضروري.
14. ضروري.
15. ضروري. أكتب لا شيء إذا لم تكن لديك رخصة سياقة أو بطاقة هوية أصدرتها الولاية.
16. أ. ضروري. إذا كنت مقيما في ولاية واشنطن خلال الثلاثة (3) سنوات الماضية بدون انقطاع ولديك رخصة سياقة من ولاية أخرى فقد يُطلب منك أن ترسل استمارة التحقيق في الخلفية والدليل على الإقامة إلى مكتب الرخص أو العقود لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية.

    سيضطر بعض المتقدمين بطلب إلى ملأ بطاقة البصمات إذا لم يكونوا قد أقاموا في ولاية واشنطن خلال الثلاث (3) سنوات الماضية بدون انقطاع. اتصل بمكتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية الذي تتلقى منه خدماتك لتعرف ما إذا كان عليك ملأ بطاقة البصمات. يجب إرسال استمارة الترخيص بالتحقيق في الخلفية وبطاقة البصمات معا.

    ب. ضروري. إذا قمت بملأ بطاقة البصمات بسبب التحقيق في الخلفية من قبل مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أثناء الثلاث (3) سنوات الأخيرة ولم تكن مقيما خارج ولاية واشنطن منذ ذلك الحين، فقد تستعمل مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية تلك الوثيقة. الرجاء أن تضع علامة على الجواب المناسب في القسم 2 المربع 16.
17. أ. ضروري.

    ب. خياري
18. أقرأ هذا القسم قبل الانتقال إلى الفقرة 19.
19. ضروري. إذا كان عمرك أقل من 18 سنة، فيتعين على وليك أو الوصي بك أن يوقع هذه الاستمارة.
20. ضروري. يجب أن تتسلم الوحدة المركزية للتحقيق في الخلفية الترخيص بالقيام بهذا الإجراء خلال ثلاثة (3) أشهر من تاريخ الإمضاء.