Washington State Department of Social & Health Services

لطفا واضح بنویسید و از جوهر سیاه استفاده کنید.

راهنما پیوست است.

واگذاری سوابق

BACKGROUND AUTHORIZATION

بخش 1 . اطلاعات موسسه(توسط کارکنان DSHS ،تامین کننده،متقاضی،دارنده پروانه و یا پیمانکارکامل میشود)

1- نام موسسه ای که درخواست بررسی کرده است(الزامی)

2 - نام و امضای شخصی که درخواست بررسی سوابق کرده است توسط **DSHS** تکمیل گردد(الزامی)

نام بوضوح نوشته شود: امضاء:

3-هدف بررسی سوابق (فقط برای اداره بچه ها ،اداره خدمات اقتصادی(ESA) ، اداره سالخوردگی و ناتوانی(ADSA) و وضعیت استخدامی DSHS لازم است)

اداره بچه ها:

- ☐ مراقبت دایه
- ☐ تسهیل سکونت یا نمایندگی استخدام کارمند برای استقرار بچه
- ☐ فرزندخواندگی
- ☐ استقرار خویشاوندیDCFS
- ☐ موضوع درگیر با بررسی (یا مربوط به) CPS

اداره خدمات اقتصادی

- ☐ نگهداری خانوادگی بچه در خانه
- ☐ مرکز نگهداری بچه
- ☐ مرکز آموزش بچه های مدرسه ای
- ☐ خویشاوندی خانگی
- ☐ والدین مجنون

وضعیت استخدامی DSHS:

شماره موقعیت:_____(بنویسید ندارید اگر ندارید)

- ☐ کار دائمی
- ☐ کارغیر دائمی
- ☐ دانشجوی کارآموزی
- ☐ مطالعه برای کار
- ☐ داوطلب
- ☐ تعلیقی

ADSA:

- ☐ موضوع درگیر با بررسیAPS (یا مربوط به) در RCW 74.34

4- شماره حساب BCCU (الزامی)

5- شماره شناسایی DSHS (ID)

بخش 2. اطلاعات متقاضی (توسط شخصی که مورد بررسی قرار میگیرد تکمیل گردد)

6- شماره تامین اجتماعی(اختیاری)

7- تاریخ تولد(ماه-روز-سال)(الزامی)

8- نام خود را بوضوح و کامل بنویسید(الزامی)

	نام خانوادگی (بنویسید ندارداگر ندارید)	**نام اول(بنویسید ندارداگر ندارید)**	**نام میانی(بنویسید ندارید اگر ندارید)**
الف : نام جاری			
	(اگر نام اول شما با اسم اول مشابه است بنویسید)	(اگر نام اول شما با اسم اول مشابه است بنویسید)	(اگر نام میانی شما با اسم میانی مشابه است بنویسید)
ب: نام در زمان تولد			

9- سایر نام های دیگر خانوادگی را که با آنها شناخته میشوید بنویسید**(بنویسید ندارید اگر ندارید)**(الزامی)

10- سایر نام های دیگر مستعار یا نام اولی که با آنها شناخته میشوید بنویسید**(بنویسید ندارید اگر ندارید)**(الزامی)

11- **آیا بخاطر جرمی محکوم شده اید و یا اتهام تعلیقی بر شما وارد شده است؟** (الزامی) ..... ☐ بله ☐ خیر

اگر جواب مثبت است، جرم چیست، در کجا بوقوع پیوسته است و تاریخ محکومیت یا وضعیت اتهام چیست.

در صورت لازم است در صفحات دیگر مرقوم و پیوست کنید.

جرم: _____ وضعیت:_____ تاریخ محکومیت: _____ وضعیت اتهام تعلیقی: ..... ☐ بله ☐ خیر

جرم: _____ وضعیت:_____ تاریخ محکومیت: _____ وضعیت اتهام تعلیقی: ..... ☐ بله ☐ خیر

12- **آیا تا کنون مورد تجاوز جنسی ،فیزیکی، بی توجهی، اعراض یا استثمار یک بچه ،جوان یا بزرگسال قرارگرفته اید؟** (الزامی) ..... ☐ بله ☐ خیر.

13- **آیا تا کنون موارد فسخ،تعلیق،واگذاری ابطال و یا تکذ یب قرارداد و یا پروانه برای نگهداری بچه ها ، جوانان یا بزرگسالان را داشته اید؟** (ا لزامی) ..... ☐ بله ☐ خیر

14- **آیا تا کنون هیچ دادگاهی، حکم حمایت بر علیه شما در موارد سوءاستفاده،بی توجهی،استثمار مالی،خشونت محلی یا اعراض صادر کرده است؟** (الزامی) ..... ☐ بله ☐ خیر

15- فهرست گواهینامه رانندگی یا شماره شناسایی ایالتی(الزامی)

(اگر **ندارید** بنویسید ندارید) شماره شناسایی ایالت صادر کننده

16- الف: فهرست تعداد سالها و ماه های متوالی که در ایالت واشگنتن زندگی کرده اید(الزامی) _____ سال_____ ماه

ب: آیا بررسی اثر انگشت **DSHS** را در سه سال گذشته انجام داده اید؟(الزامی) ☐ بله ☐ خیر

17- الف :آدرس کنونی (الزامی) خیابان شهر ایالت زیپ کد کشور

ب: آدرس قبلی(اختیاری)

18- من متوجه شدم که این اظهارات را تحت مجازات خلاف واقع امضاء میکنم. مطالب فوق صحیح و تا حد بهترین دانسته های من کامل است. من متوجه شدم که هر گونه خلاف واقع یا جواب گمراه کننده یا حذف عمدی منجر به عدم صلاحیت فوری من بعنوان کارمند،تامین کننده، سرپرست، دارنده پروانه،پیمانکار و یا بعنوان یک فرد مجاز برای نگهداری و یا یک فرد غیر مسئول که دسترسی به بزرگسالان و بچه های آسیب پذیر دارد میگردد. من بدینوسیله DSHS را مجاز میکنم که اطلاعات سوابق من را اخذ نماید، این اطلاعات شامل محکومیت ها، پروانه داری ،خدمات حمایتی بچه ها و بزرگسالان و سوابق حرفه ای پروانه داری از هر مرجع نیروی انتظامی ،هرگونه کارگزاری ایالتی یا فدرال اعم از ایالتها و FBI میگردد اما محدود به این موارد نمیشود. من متوجه شدم که قوانین ایالتی و فدرال ممکن است ملزم به واگذار کردن نتایج بررسی سوابق و هر گونه بررسی سوابق قبلی در پاسخ به درخواست افشای عمومی یا اکتشاف مربوط به روابط حقوق مدنی افراد با یکدیگر گردد. من متوجه شدم که هر گونه اطلاعات ناقص و یا غیر خوانا ممکن است روند کار را بتاخیر انداخته و یا متوقف نماید و توافق نامه و یا استخدام من مشروط به تکمیل موفقیت آمیز و صلاحیت بررسی این سوابق می باشد.

19- امضای متقاضی(الزامی)

اگر متقاضی کمتر از 18 سال است ،امضای والدین یا سرپرست .

20- تاریخ(الزامی)

(از تاریخ امضا به مدت سه ماه معتبر است.)

FOR USE BY CHILDREN'S ADMINISTRATION AND DCCEL STAFF ONLY

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

فرم راهنمای تکمیل واگذاری سوابق

فرم باید با استفاده از راهنما تکمیل گردد. هیچ فرم دیگری پذیرفته نخوهد شد.

اکثر اشتباهات معمول که بهنگام درخواست بررسی سوابق رخ میدهد:

- کادرهای اطلاعاتی بدون تیک خالی می باشند.
- دستخط قابل خواندن نیست.
- فرم اشتباه استفاده شده است.
- متقاضی کمتر از 18 سال سن دارد و پدر یا مادر یا سرپرست فرم را امضاء نکرده است.
- تاریخ امضای فرم (3) ماه دیرتر از تاریخ دریافت آن توسط واحد مرکزی بررسی سوابق میباشد.

بخش 1: توسط موسسه ای که درخواست بررسی سوابق کرده است تکمیل گردد.

1- الزامی- درج موسسه ای که درخواست بررسی سوابق را کرده است. یک موسسه ممکن است شامل یک دفتر DSHS ،نمایندگی استقرار بچه، پیمانکار،تسهیل پروانه داری ،متقاضی پروانه،تامین کننده، نمایندگی پیمانکاری،تسهیل یا مراقبت در خانه ای که خدمات فراهم میگردد،یا والدین گردد. با دفتر DSHS که خدمات از آن دریافت میکنید جهت آگاهی از نام موسسه ای که باید درج شود تماس بگیرید.

2- الزامی-نام و امضای شخصی که درخواست بررسی سوابق را میکند باید بوضوح درج گردد.

3- **فقط** برای اداره بچه ها ،اداره خدمات اقتصادی، اداره خدمات سالخوردگی و ناتوانی و وضعیت استخدامی DSHS الزامی است.

4- هر یک، دفتر DSHS و موسسه ای که ملزم به اداره بررسی سوابق از طریق واحد مرکزی بررسی سوابق میباشد دارای یک شماره حساب محوله BCCU میباشند.شماره حسابهای BCCU را میتوان در سایت http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm پیدا کرد. نتایج بررسی سوابق به آدرس یا شماره فاکس همراه حساب BCCU برمیگردد. لطفا هر گونه اشتباه در آدرس یا شماره فاکس را به ایمیل bccuinquiry@dshs.wa.gov ارسال یا با شماره تلفن 0299-902(360) تماس بگیرید. لطفا شماره حساب را در ایمیل خود درج نمایید.

5-اختیاری- بسیاری از دفاتر DSHD نیاز به یک شماره شناسایی (ID) جهت هماهنگی نتایج با ارباب رجوع ، پروانه داران یا دفاتر DSHS و کارکنان دارند. یک شماره شناسایی ممکن است شامل شماره شناسایی تامین اجتماعی والدین یا سرپرست ، شماره شناسایی ارباب رجوع، شماره شناسایی کارمند DSHS یا شماره شناسایی امکانات تجاری باشد اما محدود به این موارد نمیگردد. با دفتر DSHS که خدمات از آن دریافت میکنید جهت آگاهی از شماره شناسایی مورد نیاز تماس بگیرید.

بخش 2: توسط متقاضی (شخصی که مورد بررسی قرار میگیرد) تکمیل گردد.کارکنان DSHS که بررسی خدمات حمایتی بزرگسالان (APS) یا خدمات حمایتی بچه (CPS) را اداره میکنند باید این بخش را با بهترین دانسته های خود تکمیل کنند.

6- اختیاری

7- الزامی

8- الف . الزامی

ب. الزامی- باید شامل نام کامل در زمان تولد باشد. اگر نام جاری شما مشابه نام در زمان تولد شماست بنویسید. اگر نام در زمان تولد ندارید بنویسید **ندارید**.

9- الزامی- بنویسید **ندارید** اگر با نام دیگری شناخته نمی شوید.

10- الزامی- بنویسید **ندارید** اگر نام مستعار ندارید.

11- الزامی

12- الزامی

13- الزامی

14- الزامی

15- الزامی- بنویسید **ندارید** اگر گواهینامه رانندگی یا شماره شناسایی دولتی ندارید.

16- الف. الزامی- اگر شما در سه(3) سال گذشته متوالی در ایالت واشنگتن زندگی کرده اید اما گواهینامه خارج از ایالت داشته اید ممکن است از شما خواسته شود فرم سوابق خود را ارسال کنید و ادله سکونت را به دفتر پیمانکاری یا پروانه داری DSHS ارائه کنید. برخی از متقاضیان که در سه (3)سالی متوالی گذشته در ایالت واشنگتن زندگی نکرده اند باید کارت اثر انگشت را تکمیل کنند. در صورت لزوم با دفتر DSHS که خدمات از آن دریافت میکنید جهت تکمیل کارت اثر انگشت تماس بگیرید. **فرم واگذاری سوابق و کارت اثر انگشت باید باهم ارسال شوند.**

ب. الزامی- اگر در سه (3) سال گذشته کارت بررسی اثر انگشت DSHS تکمیل کردید و از زمان آخرین بررسی اثر انگشت، خارج از ایالت زندگی نکرده اید ممکن است DSHS از نتیجه قبلی استفاده کند. لطفا در قسمتهای کادر 2 و 16 علامت مناسب بزنید.

17- الف. الزامی

ب. اختیاری

18- قبل از رفتن به کادر 19 بخوانید.

19- الزامی- اگر شما کمتر از 18 سال سن دارید ،پدر یا مادر یا سرپرست شما باید این فرم را امضاء کند.

20- الزامی- واحد مرکزی بررسی سوابق باید فرم واگذاری سوابق را ظرف سه (3) ماه از تاریخ امضاء دریافت نمایند.