کد پردازش

مجوز بررسی سابقه
Background Check Authorization

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

بخش 1. اطلاعات نهاد و سازمان (تکمیل توسط کارکنان DSHS، ارائه کننده، متقاضی، دارنده مجوز، و/یا پیمانکار)

1A. نهاد و سازمان درخواست کننده بررسی سابقه

1B. آدرس نهاد و سازمان مربوط به نهاد و سازمان ذکر شده در کادر 1A

1C. نام نهاد و سازمان ثانوی

2. **الزامی می باشد:** نام و امضای شخص درخواست کننده بررسی سابقه

نام با حروف خوانا: امضاء:

3. **فقط برای اشتغال ایالتی DSHS الزامی می باشد**

شماره سمت DSHS _____ **(در صورتی که موجود نیست بنویسید "هیچ")** طبقه بندی شغلی DSHS: _____ شماره شناسائی کارکنان: _____

☐ موقعیت شغلی دائم ☐ موقعیت شغلی غیردائم ☐ کار ضمن تحصیل / کارآموزی دانشجوئی ☐ داوطلبی ☐ فعالیت عاملیتی

4. **الزامی می باشد:** شماره حساب BCCU

5. نام یا شماره شناسائی DSHS

بخش 2. این بخش فقط برای اطلاعات متقاضی می باشد (شخصی که قرار است بعنوان متقاضی بررسی شود)

6. شماره سوشال سکیوریتی

7. الزامی می باشد: تاریخ تولد (سال/روز/ماه)

8. آدرس ایمیل خود را با حروف خوانا بنویسید

9. **الزامی می باشد:** نام خود را دقیقاً مطابق با آنچه در گواهینامه رانندگی یا سایر مدارک شناسائی عکسدار نوشته شده است، با حروف خوانا بنویسید. اگر نامی برای وارد کردن نیست بنویسید "مصداق ندارد".

نام: نام میانی: نام خانوادگی:

10. **الزامی می باشد:** تمام نام ها، نام های میانی و نام های خانوادگی که استفاده کرده اید را با حروف خوانا بنویسید. اگر نامی برای وارد کردن نیست بنویسید "مصداق ندارد".

نام: نام میانی: نام خانوادگی:

الزامی می باشد: سؤالات ارائه اطلاعات شخصی. به دستورالعمل ها مراجعه کنید.

شما باید به سؤالات 11A تا 14 پاسخ بدهید. اگر لازم است محکومیت ها یا اتهامات جاری دیگر را ذکر کنید، یک برگ کاغذ اضافی ضمیمه کنید.

11A. آیا بخاطر هیچگونه جرمی محکوم شده اید؟ اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت های خالی زیر را تکمیل کنید ..... ☐ بله ☐ خیر

_____ درجه: _____ ایالت: __ تاریخ محکومیت: __/__/____

11B. آیا بخاطر هیچگونه جرمی، اتهامات (جاری) بر علیه شما وجود دارد؟ اگر پاسخ بله داده اید، لطفاً قسمت های خالی زیر را تکمیل کنید..... ☐ بله ☐ خیر

_____ درجه: _____ ایالت: __

12. آیا هیچ دادگاه یا سازمان ایالتی هرگز یک حکم یا سایر اعلامیه های قطعی برای شما صادر کرده است که بیان می دارد شما بر علیه یک کودک، جوان یا بزرگسال آسیب پذیر، مرتکب سوءاستفاده جنسی، بدرفتاری فیزیکی، بی توجهی، رها کردن، یا استثمار شده اید؟ ..... ☐ بله ☐ خیر

13. آیا یک سازمان دولتی هرگز قرارداد یا مجوز شما را بخاطر قصور در مراقبت از کودکان، جوانان، یا بزرگسالان آسیب پذیر خاتمه داده، باطل کرده یا از دادن قرارداد یا مجوز به شما خودداری کرده است؛ یا آیا هرگز بخاطر اینکه یک سازمان بر علیه شما بخاطر قصور در مراقبت از کودکان، جوانان، یا بزرگسالان آسیب پذیر اقدام کرده است، مجبور به صرف نظر از قرارداد یا مجوز خود شده اید؟ ..... ☐ بله ☐ خیر

14. آیا یک دادگاه هرگز موارد زیر را برای شما به دلیل بدرفتاری، سوءاستفاده جنسی، بی توجهی، رها کردن،خشونت خانگی، استثمار، یا بهره کشی مالی از یک کودک، جوان، یا بزرگسال آسیب پذیر صادر کرده است؟ ..... ☐ بله ☐ خیر

- حکم محافظت دائمی* بزرگسالان آسیب پذیر / قرارهای منع، چه فعال و چه منقضی شده، بر اساس RCW 74.34
- حکم محافظت در برابر حملات جنسی بر اساس RCW 7.90
- حکم محافظت دائمی* مدنی ضد آزار و اذیت، چه فعال و چه منقضی شده، بر اساس RCW 10.14

برای آگاهی از معنی "دائمی" به دستورالعمل ها رجوع کنید.

15. **الزامی می باشد:** شماره گواهینامه رانندگی یا مدرک شناسائی ایالتی خود را با حروف خوانا بنویسید **(در صورتی که موجود نیست بنویسید "هیچ")**

الزامی می باشد: نام درج شده روی گواهینامه یا مدرک شناسائی خود را با حروف خوانا بنویسید.

16. **الزامی می باشد**

آیا در سه سال گذشته (36 ماه) در هیچ ایالت یا کشوری بغیر از ایالت واشنگتن زندگی کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

17. **A. الزامی می باشد:** آدرس پستی خود که می توانیم اطلاعات محرمانه به آنجا ارسال کنیم را با حروف خوانا بنویسید

آپارتمان شماره شهر ایالت کدپستی

B. الزامی می باشد: آدرس محل سکونت فعلی خود را با حروف خوانا بنویسید (اگر آدرس محل با آدرس پستی شما یکی است، بنویسید "مشابه")

آپارتمان شماره شهر ایالت کدپستی

C. الزامی می باشد: کد منطقه روزانه و شماره تلفنی که بتوان در آن با شما تماس گرفت را ارائه کنید

18. من شخص نامبرده فوق هستم. اگر تمام حقایق را در این فرم بیان نکنم، می دانم و آگاهم که ممکن است بخاطر گواهی و شهادت دروغ متهم شوم و ممکن است به من اجازه کار با بزرگسالان، جوانان یا کودکان آسیب پذیر داده نشود. من می دانم و موافقت می کنم که امضای من در کادر شماره 19 بدین معنی است:

- من به DSHS اجازه می دهم که سوابق من را با هریک از نهادها و سازمان های دولتی و سازمان های مجری قانون کنترل نماید.
- نتیجه بررسی سابقه من می تواند شامل اطلاعات ارائه شده شخصی و نتایج انگشت نگاری باشد که در سیستم بررسی سابقه DSHS موجود هستند و این اطلاعات بر طبق مجوزهای قوانین فدرال یا ایالتی گزارش خواهند شد.
- اگر یک یافته قطعی مشخص گردد، DSHS فقط نام من و اینکه یک یافته قطعی مشخص شده است را در نتیجه بررسی سابقه گزارش خواهد کرد.
- DSHS نتیجه بررسی سابقه من را در اختیار افراد و نهادها و سازمان های نامبرده در بخش 1 قرار خواهد داد و ممکن است نتایج بررسی سابقه من را در صورتی که قانون اجازه بدهد و یا برای DSHS الزامی باشد، در اختیار افراد یا نهادها و سازمان های دیگر نیز قرار دهد. برگه های انگشت نگاری فقط در مواردی ارائه می شوند که بر اساس قوانین فدرال یا ایالتی مجاز باشد.
- نهاد و سازمان درخواست کننده این بررسی سابقه باید این فرم را در مهلت زمانی لازم که توسط برنامه نظارت و کنترل DSHS تعیین می شود، به واحد مرکزی بررسی سابقه ارسال نماید.

19. **الزامی می باشد:** امضای شما: اگر زیر 18 سال سن دارید، امضای والدین یا قیم شما.

20. **الزامی می باشد:** تاریخ امروز (سال/روز/ماه)

استفاده برنامه - دستورالعمل های ارائه شده توسط برنامه نظارت و کنترل DSHS خود را دنبال کنید

دستورالعمل های تکمیل مجوز بررسی سابقه

DSHS 09-653

این دستورالعمل ها حاوی راهنمائی های کلی برای تکمیل فرم مجوز بررسی سابقه می باشند. این فرم توسط چندین برنامه DSHS جهت تأمین نیازهای مختلف بررسی سابقه استفاده می شود. **برنامه نظارت و کنترل DSHS درخواست کننده بررسی سابقه شاید دستورالعمل های اضافی داشته باشد که باید آنها را رعایت کنید.**

اگر تمام کادرهای الزامی را کامل نکرده باشید، واحد مرکزی بررسی سابقه (BCCU - Background Check Central Unit) **نمی تواند** بررسی سابقه را انجام دهد. کادرهای الزامی دارای عنوان **الزامی می باشد:** در کنار شماره کادر هستند. به مثال زیر توجه کنید:

4. **الزامی می باشد:** شماره حساب BCCU

مهم: اگر تمام اطلاعات لازم را ارائه نکنید، بررسی سابقه شما با تأخیر روبرو خواهد شد.

قابل توجه نهادها و سازمان ها و کارکنان DSHS: این فرم مجوز را فقط یک بار ارسال کنید. اگر یک فرم مجوز یکسان چند بار فرستاده شود، رسیدگی و انجام بررسی سابقه با تأخیر روبرو خواهد شد.

کد پردازش: اگر از یک کد پردازش اولویتی استفاده می کنید یا "انگشت نگاری الزامی می باشد"، در این کادر عنوان کنید. کدهای پردازش اولویتی شامل استخدام جدید، قرارداد اولیه، مجوز اولیه، تأیید فوری، محافظت اجتماعی، و کارکنان ایالتی DSHS می باشند.

بخش 1: توسط نهاد و سازمان درخواست کننده بررسی سابقه تکمیل گردد

این بخش باید توسط **نهاد و سازمان** درخواست کننده بررسی سابقه تکمیل گردد. نهادها و سازمان ها اغلب برنامه های DSHS، سازمان های استخدام کننده، و ارائه کنندگان بیرونی هستند که درخواست های بررسی سابقه را به واحد مرکزی بررسی سابقه ارسال می کنند.

شماره کادر	دستورالعمل ها
1A	نام نهاد و سازمان درخواست کننده بررسی سابقه را وارد کنید.
1B	آدرس کامل نهاد و سازمان ذکر شده در کادر 1A را وارد کنید.
1C	نام نهاد و سازمان ثانوی مرتبط با بررسی سابقه را وارد کنید. نهاد و سازمان ثانوی می تواند یک پیمانکار، پیمانکار دست دوم، یا سایر نهادها و سازمان هائی باشد که به این بررسی سابقه ارتباط دارند. برنامه نظارت و کنترل شما درباره نحوه استفاده از این کادر راهنمائی خواهد کرد.
2	امضاء و نام شخص درخواست کننده بررسی سابقه را با حروف خوانا ارائه کنید. این شخصی است که درخواست بررسی سابقه را از طرف نهاد و سازمان ذکر شده در کادر 1A ارسال می کند.
3	این کادر را **فقط** زمانی تکمیل کنید که بررسی سابقه برای منظور استخدام در DSHS باشد. ارائه کنندگان بیرونی **نباید** این کادر را تکمیل کنند.
4	شماره حساب BCCU خود را در این کادر وارد کنید. شماره حساب BCCU خود را می توانید از اینجا پیدا کنید http://www.dshs.wa.gov/fsa/bccu/account-numbers. شماره حساب های استخدام ایالتی DSHS در صفحه وب اینترانت BCCU موجود هستند.
5	شماره شناسائی DSHS یا نام را در صورتی که توسط برنامه نظارت و کنترل DSHS شما لازم دانسته شده باشد، وارد کنید.

بخش 2: توسط متقاضی تکمیل شود

این بخش باید توسط **متقاضی** تکمیل شود. منظور از متقاضی شخصی است که سابقه او را بررسی خواهیم کرد. بجز در مواردی که در این دستورالعمل ها ذکر شده است، کارکنان DSHS نباید بخش 2 را برای متقاضی تکمیل کنند. تذکر: کارکنان برنامه خدمات محافظتی بزرگسالان می توانند اطلاعات متقاضیان را برای یک بررسی سابقه تحقیقات APS تکمیل نمایند.

شماره کادر	دستورالعمل ها
6	شما می توانید تصمیم بگیرید که شماره سوشال سکیوریتی خود را وارد کنید. شماره سوشال سکیوریتی شما به واحد مرکزی بررسی سابقه کمک می کند تا نام و تاریخ تولد شما را با سوابق موجود در پایگاه اطلاعات ما مطابقت داده و انجام بررسی سابقه شما را سریعتر خواهد ساخت.
7	تاریخ تولد خود را با ذکر ماه، روز و سال با حروف خوانا بنویسید.
8	یک آدرس ایمیل ارائه کنید تا بتوانیم با شما تماس بگیریم.
9	نام فعلی: نام، نام میانی و نام خانوادگی خود را مطابق با آنچه در گواهینامه رانندگی یا سایر مدارک شناسائی عکسدار اصلی شما ذکر شده است بنویسید. (به مثال زیر توجه کنید.) مدارک شناسائی عکسدار دولتی شامل هرگونه مدارک شناسائی صادر شده توسط دولت های فدرال، ایالتی یا محلی، کارت شناسائی نیروهای مسلح آمریکا، گذرنامه آمریکائی یا خارجی، یا مدرک شناسائی قبایل برسمیت شناخته شده فدرال می باشند. در هر قسمتی که نامی برای وارد کردند ندارید بنویسید "مصداق ندارد".

9. **الزامی می باشد:** نام خود را دقیقاً مطابق با آنچه در گواهینامه رانندگی یا سایر مدارک شناسائی عکسدار نوشته شده است، با حروف خوانا بنویسید. اگر نامی برای وارد کردن نیست بنویسید "مصداق ندارد".		
نام: **سوزان (Susan)**	نام میانی: **جین (Jane)**	نام خانوادگی: **اسمیت (Smith)**

10	سایر نام ها: تمام نام ها، نام های میانی و نام های خانوادگی که استفاده کرده اید را با حروف خوانا بنویسید. نام های دیگر شامل نام های مستعار، نام هائی که در زمان تولد به شما داده اند، نام های قبل از ازدواج و غیره می باشد. اگر از هیچ نام، نام میانی یا نام خانوادگی دیگری استفاده نکرده اید، باید در کادر مربوطه بنویسید **"مصداق ندارد"**. هیچکدام از کادرها را خالی نگذارید. (به مثال های زیر توجه کنید) مثال 1 - وارد کردن دو نام مستعار و یک نام قبل از ازدواج. از هیچ نام میانی دیگری استفاده نشده است.

10. **الزامی می باشد:** تمام نام ها، نام های میانی و نام های خانوادگی که استفاده کرده اید را با حروف خوانا بنویسید. اگر نامی برای وارد کردن نیست بنویسید "مصداق ندارد".		
نام: **سو (Sue)، سوزی (Susie)**	نام میانی: **مصداق ندارد**	نام خانوادگی: **جونز (Jones)**

مثال 2 - وارد کردن "مصداق ندارد" چون از هیچ نام، نام میانی یا نام خانوادگی دیگری استفاده نشده است.

10. **الزامی می باشد:** تمام نام ها، نام های میانی و نام های خانوادگی که استفاده کرده اید را با حروف خوانا بنویسید. اگر نامی برای وارد کردن نیست بنویسید "مصداق ندارد".		
نام: **مصداق ندارد**	نام میانی: **مصداق ندارد**	نام خانوادگی: **مصداق ندارد**

درباره پاسخ دادن به سؤالات ارائه اطلاعات شخصی، به اطلاعات مهمی که بعد از شرح کادر 20 آمده است مراجعه کنید.

شماره کادر دستورالعمل ها

11A باید **بله** یا **خیر** را علامت بزنید. اگر **بله** را علامت زده اید، باید عنوان جرم، درجه (اگر وجود دارد)، ایالت و تاریخ محکومیت (سال/روز/ماه) را وارد کنید. اگر لازم است محکومیت های اضافی را ذکر کنید، یک برگ کاغذ جداگانه به فرم مجوز بررسی سابقه ضمیمه کنید. نام خود و تمام اطلاعات لازم ذکر شده در بالا را بنویسید.

11B باید **بله** یا **خیر** را علامت بزنید. اگر **بله** را علامت زده اید، باید عنوان اتهام جاری، درجه (اگر وجود دارد) و ایالت را وارد کنید. اگر لازم است اتهام های جاری اضافی را ذکر کنید، یک برگ کاغذ جداگانه به فرم مجوز بررسی سابقه ضمیمه کنید. نام خود و تمام اطلاعات لازم ذکر شده در بالا را بنویسید.

12-14 قبل از پاسخ دادن هر سؤال را با دقت بخوانید. باید بله یا خیر را علامت بزنید. ***سؤال 14: منظور از دائمی این است که بعد از دادرسی یا تعیین شرایط توسط طرفین، یک حکم صادر شده است.**

15 گواهینامه رانندگی یا مدرک شناسائی ایالتی و ایالت محل صدور آنرا وارد کنید.

16 اگر در سه سال گذشته (36 ماه) بدون اینکه در هیچ ایالت یا کشور دیگری بوده باشید بطور پیوسته در ایالت واشنگتن زندگی کرده اید، پاسخ بدهید **خیر**. اگر در سه سال گذشته (36 ماه) در یک ایالت یا کشوری بغیر از ایالت واشنگتن زندگی کرده اید، پاسخ بدهید **بله**.

17 17a - آدرس پستی خود که BCCU بتواند با استفاده از آن اطلاعات محرمانه شما مانند کپی نتیجه بررسی سابقه را ارسال کنید، وارد نمائید.

17b - اگر آدرس محل شما با آدرس پستی متفاوت است آنرا وارد کنید. اگر آدرس محل و آدرس پستی شما یکی هستند، بنویسید **"مشابه"**.

17c - شماره تلفن روزانه خود را که می توان از طریق آن با شما تماس گرفت وارد کنید.

.18 اظهارات کادر 18 را بخوانید. امضای شما در کادر 19 به این معنی است که اظهارات ذکر شده در کادر را خوانده اید، آنها را متوجه شده اید و با آنها موافق هستید.

.19 نام خود را مطابق با آنچه در کادر 9 ذکر شده است امضاء کنید. اگر زیر 18 سال سن دارید، یکی از والدین یا قیم شما باید برایتان امضاء کنند.

.20 سال / روز / ماه امضای خود در کادر 19 را وارد کنید.

اطلاعات مهم درباره پاسخ دادن به سؤالات ارائه اطلاعات شخصی: پاسخ های شما به سؤالات ارائه اطلاعات شخصی جزو سوابق بررسی سابقه شما محسوب شده و در پایگاه اطلاعات DSHS ذخیره خواهند شد. ارائه های اطلاعات شخصی بمانند هر سوابق بررسی سابقه دیگری که دریافت می کنیم، بعنوان بخشی از نتیجه بررسی سابقه شما گزارش خواهند شد. بسیار مهم است که پاسخ های شما به سؤالات ارائه اطلاعات شخصی دقیق و صحیح و هماهنگ باشند. قویاً توصیه می شود هر بار که یک فرم مجوز بررسی سابقه تکمیل می کنید، به سؤالات ارائه اطلاعات شخصی به ترتیبی مشابه پاسخ بدهید مگر آنکه سؤالی عوض شده باشد یا پاسخ قبلی اشتباه باشد. همچنین توصیه می شود که به اوراق تفهیم اتهام، سوابق دادگاه، و سایر اسناد و مدارک رسمی اشاره کرده و محکومیت های جنائی، اتهام های جاری، تاریخ ها و سایر اطلاعات را دقیقاً مطابق آنچه که در آن مدارک نوشته شده است ذکر نمائید.

اگر درباره روال بررسی سابقه در واحد مرکزی بررسی سابقه سؤالی دارید، لطفاً با BCCU در bccuinquiry@dshs.wa.gov مکاتبه کرده یا با شماره 360-902-7555 تماس حاصل فرمائید.