Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Дозвіл на перевірку особистої інформації
Background Check Authorization

КОД ОБРОБКИ

РОЗДІЛ 1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЮРИДИЧНУ ОСОБУ (ЗАПОВНЮЄТЬСЯ СПІВРОБІТНИКОМ ВІДДІЛУ DSHS, ОСОБОЮ, ЯКА НАДАЄ ПОСЛУГИ, ЗАЯВНИКОМ, ОТРИМУВАЧЕМ ЛІЦЕНЗІЇ ТА/АБО ПІДРЯДНИКОМ)

1A. ЮРИДИЧНА ОСОБА, ЩО ВИМАГАЄ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРЕВІРКИ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ	1B. ПОВНА АДРЕСА ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ, ВКАЗАНОЇ У ПОЛІ 1A	1C. НАЗВА ДРУГОРЯДНОЇ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

2. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ ТА ПІДПИС ОСОБИ, ЩО ВИМАГАЄ ПРОВЕДЕННЯ ЦІЄЇ ПЕРЕВІРКИ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ

ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ'Я ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ: ПІДПИС:

3. **ОБОВ'ЯЗКОВО ТІЛЬКИ ДЛЯ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ У DSHS ШТАТУ**

НОМЕР ПОСАДИ DSHS _____ **(ВКАЗАТИ «НЕМАЄ», ЯКЩО ВІДСУТНІЙ)** КЛАСИФІКАЦІЯ ПРОФЕСІЙ DSHS: _____ ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПЕРСОНАЛУ: _____

☐ Постійна робота ☐ Тимчасова робота ☐ Учбова робота / студентське стажування ☐ Добровільна робота ☐ Виконання обов'язків

4. **ОБОВ'ЯЗКОВО** НОМЕР РАХУНКУ BCCU	5. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР АБО ІМ'Я DSHS

РОЗДІЛ 2. ЦЕЙ РОЗДІЛ ТІЛЬКИ ДЛЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЗАЯВНИКА (ОСОБА, ЯКУ СЛІД ПЕРЕВІРИТИ, Є ЗАЯВНИКОМ)

6. НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	7. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ДАТА НАРОДЖЕННЯ (ММ/ДД/РРРР)	8. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

9. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ВАШІ ПІБ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ, ЯК ВКАЗАНО НА ПОСВІДЧЕННІ ВОДІЯ АБО ІНШОМУ ПОСВІДЧЕННІ ОСОБИ З ФОТО ВКАЖІТЬ «Н/Д» У ПОЛІ, ЯКЩО У ВАС НЕМАЄ

ІМ'Я:	ДРУГЕ ІМ'Я:	ПРІЗВИЩЕ:

10. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ВКАЖІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ВСІ ІНШІ ІМЕНА ТА ПРІЗВИЩА, ЯКІ ВИ ВИКОРИСТОВУВАЛИ. ВКАЖІТЬ «Н/Д» У ПОЛІ, ЯКЩО У ВАС НЕМАЄ ІМЕНІ, ЩО НЕОБХІДНО ВКАЗАТИ

ІМ'Я:	ДРУГЕ ІМ'Я:	ПРІЗВИЩЕ:

ОБОВ'ЯЗКОВО ПИТАННЯ ДЛЯ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВАС. ДИВ. ІНСТРУКЦІЇ.

Ви маєте дати відповіді на питання з 11A до 14. Якщо вам потрібно вказати додаткові злочини або звинувачення, додайте ще один аркуш.

11A. Чи засуджували вас за будь-який злочин? Якщо так, заповніть поля нижче. ☐ Так ☐ Ні
_____ Важкість: ____ Штат: __ Дата засудження: __/__/____

11B. Чи є у вас висунуті проти вас звинувачення за будь-який злочин? Якщо так, заповніть поля нижче. ☐ Так ☐ Ні
_____ Важкість: ____ Штат: __

12. Чи висував суд або управління штату проти вас ордер або інше остаточне повідомлення стосовно того, що вас звинувачують в сексуальному насильстві, фізичному насильстві, недбальстві, відмові або експлуатації дитини, підлітка або інваліда? ☐ Так ☐ Ні

13. Чи скасовувало, припиняло або відкликало державне управління ваш контракт або ліцензію за неможливість подбати про дітей, підлітків або інвалідів; або чи відмовлялись ви від контракту або ліцензії через те, що державне управління порушило проти вас справу за неможливість подбати про дітей, підлітків або інвалідів? ☐ Так ☐ Ні

14. Чи висував суд проти вас що-небудь з наступного за насильство, сексуальне насильство, недбалість, відмову, побутове насильство, експлуатацію або фінансову експлуатацію інваліда, підлітка або дитини? ☐ Так ☐ Ні

- Постійний* охоронний ордер інваліда / судова заборона, поточна або минула, згідно з RCW 74.34.
- Охоронний ордер за сексуальне насильство згідно з RCW 7.90.
- Постійний* громадянський захисний ордер за домагання, активний або минулий, згідно з RCW 10.14.
  Пояснення терміну «постійний» див. у інструкції.

15. **ОБОВ'ЯЗКОВО** НАПИШІТЬ ПЕЧАТНИМИ ЛІТЕРАМИ СВІЙ НОМЕР ПОСВІДЧЕННЯ ВОДІЯ АБО ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР МЕШКАНЦЯ ШТАТУ **(НЕ ПИШІТЬ, ЯКЩО ВІДСУТНІ)**	**ОБОВ'ЯЗКОВО** НАПИШІТЬ ПЕЧАТНИМИ ЛІТЕРАМИ НАЗВУ ШТАТУ, ДЕ БУЛО ВИДАНО ПОСВІДЧЕННЯ ВОДІЯ АБО ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР

16. **ОБОВ'ЯЗКОВО**
Чи проживали ви у іншому штаті або країні, окрім штату Вашингтон, протягом останніх трьох років (36 місяців)? ☐ Так ☐ Ні

17. **A. ОБОВ'ЯЗКОВО** НАПИШІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ СВОЮ ПОШТОВУ АДРЕСУ, КУДИ МИ МОЖЕМО ВІДПРАВЛЯТИ ВАМ КОНФІДЕНЦІЙНУ ІНФОРМАЦІЮ

КВ. № МІСТО ШТАТ ІНДЕКС

B. ОБОВ'ЯЗКОВО НАПИШІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ АДРЕСУ, ДЕ ВИ МЕШКАЄТЕ НА ДАНИЙ МОМЕНТ (НАПИШІТЬ «ТА Ж САМА», ЯКЩО ВОНА СПІВПАДАЄ З ВАШОЮ ПОШТОВОЮ АДРЕСОЮ)

КВ. № МІСТО ШТАТ ІНДЕКС

C. ОБОВ'ЯЗКОВО ВКАЖІТЬ КОД ТА НОМЕР РОБОЧОГО ТЕЛЕФОНУ, ЗА ЯКИМ З ВАМИ МОЖНА ЗВ'ЯЗАТИСЯ

18. Я є особою, вказаною вище. Якщо я не скажу всю правду в цій формі, я розумію, що можу бути покараним за надання невірної інформації, та мені можуть не дозволити працювати із соціально незахищеними дорослими особами, підлітками або дітьми. Я розумію та погоджуюсь, що мій підпис в полі 19 означає, що:

- я даю дозвіл співробітникам відділу DSHS перевірити мою особисту інформацію в будь-якій державній установі та правоохоронній агенції.
- результати перевірки моєї особистої інформації можуть включати попереднє розкриття особистої інформації та результати відбитків пальців, що містяться у системі перевірки особистої інформації DSHS, і що цю інформацію буде передано згідно з дозволом федерального закону або закону штату.
- коли буде прийнято остаточне рішення, DSHS повідомить лише моє ім'я та що згідно з результатами перевірки особистої інформації було прийнято рішення.
- DSHS надаватиме результати перевірки моєї особистої інформації фізичним або юридичним особам, вказаним в Розділі 1, та може розкривати результати перевірки моєї особистої інформації іншим фізичним або юридичним особам, якщо закон це дозволяє або вимагає від DSHS. Поліцейські протоколи щодо відбитків пальців надаються, якщо це дозволяє федеральний закон або закон штату.
- Юридична особа, що вимагає цієї перевірки особистої інформації, має подати цю форму до центрального управління з перевірки особистої інформації протягом строку, що вимагається програмою контролю DSHS.

19. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ВАШ ПІДПИС. ПІДПИС ВАШОГО БАТЬКА, МАТЕРІ АБО ОПІКУНА, ЯКЩО ВАМ МЕНШЕ 18 РОКІВ.	20. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ПОТОЧНА ДАТА (ММ/ДД/РРРР)

ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ — ДОТРИМУЙТЕСЬ ІНСТРУКЦІЙ, НАВЕДЕНИХ ВАШОЮ ПРОГРАМОЮ КОНТРОЛЮ DSHS

Інструкції для заповнення дозволу на перевірку особистої інформації
DSHS 09-653

Ці інструкції надають загальні рекомендації щодо заповнення форми дозволу на перевірку особистої інформації. Ця форма використовується для декількох програм DSHS, відповідаючи різноманітним вимогам з перевірки особистої інформації. **Програма контролю DSHS, що вимагає перевірки особистої інформації, може надавати додаткові інструкції, яких ви маєте дотримуватись.**

Центральне управління з перевірки особистої інформації (Background Check Central Unit, BCCU) **не може** проводити перевірку особистої інформації, якщо не заповнені всі обов'язкові поля. Обов'язкові поля позначені словом **ОБОВ'ЯЗКОВО** поряд з номером поля, як показано на прикладі нижче.

4. **ОБОВ'ЯЗКОВО** НОМЕР РАХУНКУ BCCU

ВАЖЛИВО! Якщо ви не надасте всю необхідну інформацію, перевірку вашої особистої інформації може бути відкладено.

ДО УВАГИ ЮРИДИЧНИХ ОСІБ ТА РОБІТНИКІВ DSHS. Цю форму дозволу необхідно подавати лише один раз. Повторні подання тієї ж самої форми дозволу можуть призвести до затримки в обробці даних перевірки особистої інформації.

КОД ОБРОБКИ. Якщо ви використовуєте пріоритетний код обробки або «необхідні відбитки пальців», вкажіть це у цьому полі. Пріоритетні коди обробки включають нових робітників, початкові контракти, початкові ліцензії, затверджену терміновість, захист спільноти та державних працівників DSHS.

РОЗДІЛ 1. ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЮРИДИЧНОЮ ОСОБОЮ, ЩО ВИМАГАЄ ПЕРЕВІРКИ ОСОБИСТОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Цей розділ має заповнювати **юридична особа**, що вимагає перевірки особистої інформації. Юридичні особи часто є програмами DSHS, управліннями, що шукають робітників, та сторонніми постачальниками послуг, що подають запити на проведення перевірки особистої інформації в центральне управління.

Номер поля	Інструкції
1A	Вкажіть назву юридичної особи, що вимагає проведення перевірки особистої інформації.
1B	Вкажіть повну адресу юридичної особи, зазначеної в полі 1A.
1C	Вкажіть назву другорядної юридичної особи, пов'язаної з перевіркою особистої інформації. Другорядною юридичною особою може бути підрядник, субпідрядник або інша юридична особа, пов'язана з перевіркою особистої інформації. Ваша програма контролю надасть вам інструкції щодо того, як використовувати це поле.
2	Напишіть друкованими літерами ім'я та надайте підпис особи, що вимагає проведення перевірки особистої інформації. Це особа, яка подає заяву на проведення перевірки особистої інформації від імені юридичної особи, зазначеної в полі 1A.
3	Заповнюйте це поле **ТІЛЬКИ** якщо перевірка особистої інформації проводиться з метою прийняття на роботу співробітника DSHS. Сторонні постачальники **не** заповнюють це поле.
4	Вкажіть у цьому полі свій номер рахунку BCCU. Ви можете знайти свій номер рахунку BCCU за адресою http://www.dshs.wa.gov/fsa/bccu/account-numbers. Номери рахунків державних співробітників DSHS можна знайти на інтернет-сторінці BCCU.
5	Вкажіть ідентифікаційний номер DSHS або ім'я, якщо цього вимагає ваша програма контролю DSHS.

РОЗДІЛ 2. ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЗАЯВНИКОМ

Цей розділ має заповнювати **заявник**. Заявник — це особа, чию особисту інформацію перевірятимуть. За виключенням вказаного в цих інструкціях, персонал DSHS не повинен заповнювати Розділ 2 за заявника. Пам'ятайте! Персонал програми Adult Protective Services може заповнювати інформацію заявника для перевірки особистої інформації для дослідження APS.

Номер поля	Інструкції
6	Ви можете надати свій номер соціального забезпечення. Ваш номер соціального забезпечення допоможе Центральному управлінню з перевірки особистої інформації співвіднести ваше ім'я та дату народження з наявними записами в нашій базі даних, та може прискорити проведення перевірки особистої інформації.
7	Вкажіть свою дату народження, обравши місяць, день та рік.
8	Вкажіть адресу електронної пошти, за якою ми можемо з вами зв'язатися.
9	Поточне ім'я: вкажіть своє ім'я, друге ім'я та прізвище, як зазначено на вашому поточному посвідчені водія або іншому посвідчені особи з фото. (Дивіться нижче приклад). Дозволені видані урядом посвідчення особи з фото включають будь-які посвідчення, видані федеральним, місцевим урядом або урядом штату, військові посвідчення США, паспорт громадянина США або іншої країни або визнані на федеральному рівні посвідчення племені. Напишіть «**Н/Д**» в кожному полі, в якому ви не можете нічого вказати.

9. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ВАШІ ПІБ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ, ЯК ВКАЗАНО НА ПОСВІДЧЕННІ ВОДІЯ АБО ІНШОМУ ПОСВІДЧЕННІ ОСОБИ З ФОТО. ВКАЖІТЬ «Н/Д» У ПОЛІ, ЯКЩО У ВАС НЕМАЄ ІМЕНІ, ЩО НЕОБХІДНО ВКАЗАТИ		
ІМ'Я: **Сьюзан**	ДРУГЕ ІМ'Я: **Джейн**	ПРІЗВИЩЕ: **Сміт**

Номер поля	Інструкції
10	Інші імена: Вкажіть всі інші імена та прізвища, які ви використовували. Інші імена включають прізвиська, прізвища при народженні, дівочі прізвища та ін. Якщо ви не використовували інших імен та прізвищ, вкажіть «**Н/Д**» у відповідному полі. Не лишайте порожніх полів. (Див. приклади внизу)

Приклад 1 — введення двох прізвиськ та одного дівочого прізвища. Інші другі імена не використовувались.

10. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ВКАЖІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ВСІ ІНШІ ІМЕНА ТА ПРІЗВИЩА, ЯКІ ВИ ВИКОРИСТОВУВАЛИ. ВКАЖІТЬ «Н/Д» У ПОЛІ, ЯКЩО У ВАС НЕМАЄ ІМЕНІ, ЩО НЕОБХІДНО ВКАЗАТИ		
ІМ'Я: **Сью, Сьюзі**	ДРУГЕ ІМ'Я: **Н/Д**	ПРІЗВИЩЕ: **Джонс**

Приклад 2 — введення «Н/Д», тому що інші імена або прізвища не використовувались.

10. **ОБОВ'ЯЗКОВО** ВКАЖІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ВСІ ІНШІ ІМЕНА ТА ПРІЗВИЩА, ЯКІ ВИ ВИКОРИСТОВУВАЛИ. ВКАЖІТЬ «Н/Д» У ПОЛІ, ЯКЩО У ВАС НЕМАЄ ІМЕНІ, ЩО НЕОБХІДНО ВКАЗАТИ		
ІМ'Я: **Н/Д**	ДРУГЕ ІМ'Я: **Н/Д**	ПРІЗВИЩЕ: **Н/Д**

Див. важливу інформацію про надання відповідей на питання щодо розкриття особистої інформації після описання поля 20.

Номер поля	**Інструкції**
11A	Ви маєте обрати **ТАК** або **НІ**. Якщо ви оберете **ТАК**, ви маєте ввести назву злочину, важкість (якщо є), штат та дату звинувачення (ММ/ДД/РРРР). Якщо вам потрібно вказати додаткові звинувачення, додайте ще один аркуш паперу до форми дозволу на перевірку особистої інформації. Вкажіть свої ПІБ та всю необхідну інформацію, зазначену вище.
11B	Ви маєте обрати **ТАК** або **НІ**. Якщо ви оберете **ТАК**, ви маєте ввести назву висунутого звинувачення, важкість (якщо є) та штат. Якщо вам потрібно вказати додаткові висунуті звинувачення, додайте ще один аркуш паперу до форми дозволу на перевірку особистої інформації. Вкажіть свої ПІБ та всю необхідну інформацію, зазначену вище.
12-14	Уважно прочитайте кожне питання перед тим, як давати відповідь. Ви маєте обрати ТАК або НІ. ***Питання 14: «постійний» означає, що наказ був виданий в результаті слухання або за обумовленістю сторін.**
15	Вкажіть номер посвідчення водія або іншого посвідчення особи, виданого штатом, та штат, де його було видано.
16	Якщо ви постійно проживали в штаті Вашингтон не переїжджаючи до іншого штату або країни протягом останніх трьох років (36 місяців), вкажіть **НІ**. Якщо ви проживали в іншому штаті або країні, окрім Вашингтону, протягом останніх трьох років (36 місяців), вкажіть **ТАК**.
17	17a - Вкажіть поштову адресу, за якою BCCU зможе відправляти вам конфіденційну інформацію, наприклад, копії результатів перевірки вашої особистої інформації. 17b – Вкажіть адресу проживання, якщо вона відрізняється від вашої поштової адреси. Якщо ваша адреса проживання та поштова адреса співпадають, вкажіть **ТА Ж САМА**. 17c – Вкажіть робочий номер телефону, за яким з вами можна зв'язатися.
18.	Прочитайте ствердження у полі 18. Ваш підпис у полі 19 означає, що ви прочитали, зрозуміли та погоджуєтесь зі ствердженнями, вказаними в полі 18.
19.	Впишіть своє ім'я, як його вказано в полі 9. Якщо вам менше 18 років, за вас має підписатися один з батьків або опікун.
20.	Вкажіть місяць/день/рік (ММ/ДД/РРРР), коли ви підписалися в полі 19.

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО НАДАННЯ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТАННЯ ЩОДО РОЗКРИТТЯ ОСОБИСТИХ ДАНИХ. Ваші відповіді на запитання щодо розкриття особистих даних стають частиною історії перевірки вашої особистої інформації та зберігаються у базі даних DSHS. Розкриті особисті дані передаються як частина результатів перевірки особистої інформації, як і будь-яка інша історія перевірки даних, яку ми отримуємо. Важливо, щоб ваші відповіді на запитання щодо розкриття особистих даних були точними та послідовними. Ми наполегливо рекомендуємо вам однаково відповідати на запитання щодо розкриття особистих даних кожного разу, коли ви заповнюєте форму дозволу на проведення перевірки особистої інформації, якщо тільки питання не зміниться або попередня відповідь була невірною. Також рекомендуємо вам звертатися до документів щодо звинувачення, постанов суду або інших офіційних документів, та вказувати злочини, висунуті звинувачення, дати та іншу інформацію саме так, як їх зазначено в цих документах.

Якщо у вас виникли питання стосовно Центрального управління з перевірки особистої інформації, зверніться до BCCU за посиланням bccuinquiry@dshs.wa.gov або зателефонуйте за номером 360-902-7555.