Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Разрешение на проверку биографических данных
Background Check Authorization

КОД ОБРАБОТКИ

РАЗДЕЛ 1. ДАННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ DSHS, ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ, ЗАЯВИТЕЛЕМ, ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ И/ИЛИ ПОДРЯДЧИКОМ)

1A. ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПРОСИВШАЯ ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ	1B. ПОЛНЫЙ АДРЕС ОРГАНИЗАЦИИ, УКАЗАННОЙ В ПОЛЕ 1A	1C. НАЗВАНИЕ СМЕЖНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

2. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** ФАМИЛИЯ, ИМЯ И ПОДПИСЬ ЛИЦА, ЗАПРОСИВШЕГО ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ: ПОДПИСЬ:

3. **ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА В DSHS НА ТЕРРИТОРИИ ШТАТА**

НОМЕР ДОЛЖНОСТИ DSHS_____ **(УКАЖИТЕ «НЕТ», ЕСЛИ ОТСУТСТВУЕТ)** КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОФЕССИИ DSHS: _____ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПЕРСОНАЛА: _____

☐ Постоянное трудоустройство ☐ Непостоянное трудоустройство ☐ Работа-учеба / студенческая практика ☐ Волонтер
☐ Исполняющий(-ая) обязанности

4. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** НОМЕР УЧЕТНОЙ ЗАПИСИ BCCU	5. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР DSHS ИЛИ ФАМИЛИЯ И ИМЯ

РАЗДЕЛ 2. РАЗДЕЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ДАННЫХ ЗАЯВИТЕЛЯ (ЗАЯВИТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЦО, БИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ КОТОРОГО ПОДЛЕЖАТ ПРОВЕРКЕ)

6. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	7. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	8. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ПЕЧАТНЫМИ СИМВОЛАМИ

9. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ФАМИЛИЮ И ИМЯ В СООТВЕТСТВИИ С НАПИСАНИЕМ НА ВОДИТЕЛЬСКОМ УДОСТОВЕРЕНИИ ИЛИ НА ДРУГОМ

ИМЯ:	ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО:	ФАМИЛИЯ:

10. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВСЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАМИ КОГДА-ЛИБО ИМЕНА, ВТОРЫЕ ИМЕНА/ОТЧЕСТВА И ФАМИЛИИ. УКАЖИТЕ

ИМЯ:	ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО:	ФАМИЛИЯ:

ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ: ВОПРОСЫ О ВАС. СМ. ИНСТРУКЦИИ.
Вам необходимо ответить на вопросы с 11A по 14. Чтобы указать дополнительную информацию о преступлениях или обвинениях в стадии рассмотрения, приложите дополнительные листы.

11A. Осуждались ли вы в связи с совершением преступлений? Если да, заполните графы ниже. ..... ☐ Да ☐ Нет
_____Категория: _____ Штат: __ Дата обвинения: __/__/_____

11B. Есть ли в отношении вас есть обвинения (в стадии рассмотрения) в совершении преступлений? Если да, заполните графы ниже... ☐ Да ☐ Нет
_____Категория: _____ Штат: __

12. Выдавал ли вам когда-либо суд или компетентное ведомство штата ордер или постановление иного типа в связи с тем, что в отношении любого ребенка, подростка или уязвимого совершеннолетнего лица вы совершали акты домогательства сексуального характера или действия с целью нанесения физического ущерба, эксплуатации, или же в связи с тем, что вы лишили внимания либо отказались от ухода за ребенком, подростком или уязвимым совершеннолетним лицом? ..... ☐ Да ☐ Нет

13. Получали ли вы когда-либо решения компетентных государственных учреждений о невыдаче, прекращении действия или отзыве каких бы то ни было контрактов или лицензий по причине того, что вы не смогли обеспечить уход за детьми, подростками или уязвимыми совершеннолетними лицами; или отказывались ли вы от участия в контракте или от получения лицензии по причине того, что компетентные государственные учреждения приняли в отношении вас адекватные меры в виду того, что вы не смогли обеспечить уход за детьми, подростками или уязвимыми совершеннолетними лицами?..... ☐ Да ☐ Нет

14. Выносил ли когда-либо суд в отношении вас следующие решения за плохое обращение, сексуальные домогательства, лишение внимания, отказ от ухода, бытовое насилие, эксплуатацию, в том числе финансовую, уязвимого совершеннолетнего лица, подростка или ребенка? ..... ☐ Да ☐ Нет
- Постоянное* решение о защите уязвимого совершеннолетнего лица / запретительное постановление, действующее или с истекшим сроком действия, в соответствии с разделом 74.34 RCW.
- Постановление о защите от сексуального насилия в соответствии с разделом 7.90 RCW.
- Постоянное* решение гражданско-правового характера о недопущении сексуальных домогательств, действующее или с истекшим сроком действия, в соответствии с разделом 10.14 RCW. Определение термина «постоянное» приведено в разделе с инструкциями.

15. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** ПЕЧАТНЫМИ СИМВОЛАМИ ВПИШИТЕ НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, ВЫДАННОГО ШТАТОМ **(УКАЖИТЕ «НЕТ», ЕСЛИ ТАКОЙ ОТСУТСТВУЕТ)**	**ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ НАПИШИТЕ НАЗВАНИЕ ШТАТА, УКАЗАННОГО В ВОДИТЕЛЬСКОМ УДОСТОВЕРЕНИИ ИЛИ В УДОСТОВЕРЕНИИ ЛИЧНОСТИ

16. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ**
Проживали ли вы в другом штате или округе за пределами штата Вашингтон за последние три года (36 месяцев)? ☐ Да ☐ Нет

17. **A. ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВПИШИТЕ СВОЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС, НА КОТОРЫЕ ВАМ МОЖЕТ ОТПРАВЛЯТЬСЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

КВ. № ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

B. ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ: ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВПИШИТЕ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (НАПИШИТЕ «СМ. ВЫШЕ», ЕСЛИ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ СОВПАДАЕТ С УКАЗАННЫМ ПОЧТОВЫМ АДРЕСОМ)

КВ. № ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

C. ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ: УКАЖИТЕ КОД ЗОНЫ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ С ВАМИ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ

18. Я являюсь указанным выше лицом. Я понимаю, что, если я не сообщу всей правдивой информации при заполнении настоящей формы, против меня может быть выдвинуто обвинение в лжесвидетельстве, и я могу лишиться права работать с уязвимыми совершеннолетними лицами, подростками или детьми. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что моя подпись, поставленная в поле 19, означает, что:
- Я даю Департаменту DSHS разрешение на проверку моих биографических данных в любом государственном учреждении или правоохранительном ведомстве.
- Результаты проверки моих биографических данных могут содержать первичную информацию обо мне, а также результаты проверки отпечатков пальцев, которые содержатся в Системе проверки биографических данных Департамента DSHS (DSHS Background Check System), и такая информация подлежит раскрытию в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата.
- В рамках определения окончательного результата Департамент DSHS раскроет только мое имя и фамилию и сообщит об окончательном результате проверки биографических данных.
- Департамент DSHS передаст результаты проверки биографических данных лицам или организациям, указанным в Разделе 1, а также может передать результаты проверки биографических данных другим лицам или организациям в соответствии с правилами или требованиями, регламентирующими деятельность Департамента DSHS. Данные протоколов со снятием отпечатков пальцев также подлежат раскрытию, если раскрытие такой информации предусмотрено федеральными законами или законами штата.
- Организация, запрашивающая проведение проверки биографических данных, должна передать настоящую форму в Центральный пункт проверки биографических данных (Background Check Central Unit) в сроки, предусмотренные контрольной программой Департамента DSHS.

19. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** ВАША ПОДПИСЬ. ПОДПИСЬ ВАШЕГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА, ЕСЛИ ВЫ НЕ ДОСТИГЛИ 18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА.	20. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** СЕГОДНЯШНЯЯ ДАТА (ММ/ДД/ГГГГ)

ПРИМЕНЕНИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ – СЛЕДУЙТЕ ИНСТРУКЦИЯМ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫМ ВАШЕЙ КОНТРОЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS

Инструкции по выполнению действий в связи с разрешением на проверку биографических данных
DSHS 09-653

Ниже приведены общие инструкции в связи с заполнением формы разрешения на проверку биографических данных. Настоящая форма используется рядом программ Департамента DSHS в рамках удовлетворения различных потребностей на уровне проверки биографических данных. **Контрольная программа департамента DSHS, предполагающая проведение проверки биографических данных, может использовать дополнительные инструкции, которым вы также должны следовать.** Центральный пункт проверки биографических данных (Background Check Central Unit) (BCCU) **не может** выполнить проверку биографических данных, если заполнены не все поля формы. Поля, обязательные к заполнению, отмечены формулировкой **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:,** которая находится рядом с номером поля, как показано ниже:

4. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** НОМЕР УЧЕТНОЙ ЗАПИСИ BCCU

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Если вы не предоставите всей требуемой информации, проверка ваших биографических данных будет проводиться с задержками.

ВНИМАНИЮ ОРГАНИЗАЦИЙ И СОТРУДНИКОВ DSHS: Настоящую форму следует подать только один раз. Многократная подача одной и той же формы может привести к задержкам в процессе проверки биографических данных.

КОД ОБРАБОТКИ: Если вы используете приоритетный код обработки или код «необходимы отпечатки» (fingerprint required), укажите в этом поле. Приоритетными кодами обработки являются «новый работник» (new hire), «первый контракт» (initial contract), «первая лицензия» (initial license), «согласованный экстренный режим» (approved rush), «Защита общины» (Community Protection), и «Сотрудник DSHS на территории штата» (DSHS state employee).

РАЗДЕЛ 1: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ЗАПРОСИВШЕЙ ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Раздел **должен** заполняться организацией, запросившей проверку биографических данных. Такими организациями, чаще всего, являются программы Департамента DSHS, организации по подбору и привлечению персонала, а также внешние поставщики услуг, подающие запросы на проведение проверок биографических данных в Центральный пункт проверки биографических данных (Background Check Central Unit).

Поле №	Инструкции
1A	Укажите название организации, запрашивающей проведение проверки биографических данных.
1B	Укажите полный адрес организации, указанной в поле 1A.
1C	Укажите название смежной организации в связи с запрашиваемой проверкой биографических данных. Смежной организацией может быть подрядчик, субподрядчик, а также иная организация, связанная с заявкой на проверку биографических данных. Ваша контрольная программа предоставит инструкции в отношении использования этого поля.
2	Обеспечьте наличие вписанных печатными буквами фамилии, имени, а также подписи лица, запрашивающего проверку биографических данных. Это лицо подает заявку на проверку биографических данных от имени организации, указанной в поле 1A.
3	Заполните это поле **ТОЛЬКО** в том случае, если проверка делается в рамках трудоустройства в Департамент DSHS. Внешние поставщики услуг **не** должны заполнять это поле.
4	Укажите свой номер учетной записи в Центральном пункте проверки биографических данных (BCCU) в этом поле. Номер вашей учетной записи BCCU можно найти по адресу http://www.dshs.wa.gov/fsa/bccu/account-numbers. Номера учетных записей работников Департамента DSHS, трудоустраивающихся в штате, приведены на втурисистемной странице Центрального пункта проверки биографических данных (BCCU).
5	Введите идентификационный номер DSHS или фамилию и имя, если это требуется вашей контрольной программой DSHS.

РАЗДЕЛ 2: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ

Этот раздел должен быть заполнен **заявителем**. Заявитель — это лицо, биографические данные которого проверяются. В отсутствие непосредственных указаний в настоящих инструкциях персонал DSHS не должен заполнять поля в Разделе 2 за заявителя. Примечание: Персонал Программы защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services) может указывать информацию, необходимую для проверки биографических данных в рамках расследований программы APS, от имени заявителя.

Поле №	Инструкции
6	Вы можете, по желанию, указать собственный номер по системе социального обеспечения. Наличие номера по системе социального обеспечения поможет сотрудникам Центрального пункта проверки биографических данных сопоставить ваше имя, фамилию и дату рождения с имеющимися записями в базе данных, что ускорит выполнение проверки биографических данных.
7	Печатными буквами укажите вашу дату рождения в порядке месяц, число, год.
8	Укажите адрес электронной почты, по которому можно с вами связаться.
9	Действительное полное имя: Укажите ваше имя, второе имя/отчество и фамилию также, как они обозначены на вашем действующем водительском удостоверении или на прочем основном удостоверении личности с фотографией. (См. примеры ниже.) Приемлемыми удостоверениями личности с фотографией, выданными государственными органами, являются любые удостоверения личности, выданные компетентными органами федерального и местного уровня или уровня штата, вооруженными силами США, а также паспорт гражданина США или другой страны или признанное на федеральном уровне удостоверение личности, выданное племенем. В отсутствие данных для ввода, укажите **НЕПРИМЕНИМО**.

9. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ФАМИЛИЮ И ИМЯ В СООТВЕТСТВИИ С НАПИСАНИЕМ НА ВОДИТЕЛЬСКОМ УДОСТОВЕРЕНИИ ИЛИ НА ДРУГОМ		
ИМЯ: **Сьюзан**	ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО: **Джейн**	ФАМИЛИЯ: **Смит**

10	Другие имена: Укажите печатными буквами все используемые вами когда-либо имена, вторые имена/отчества и фамилии. Под другими именами имеются в виду прозвища, имена, данные при рождении, девичья фамилия и т.д. Если вы не использовали других имен, вторых имен/отчеств и фамилий, укажите «НЕПРИМЕНИМО» в соответствующем поле. Не оставляйте поля пустыми. (См. примеры ниже.) Пример 1 – как указать два прозвища <u>и</u> одну девичью фамилию. Другие вторые имена/отчества не использовались.

10. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВСЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАМИ КОГДА-ЛИБО ИМЕНА, ВТОРЫЕ ИМЕНА/ОТЧЕСТВА И ФАМИЛИИ. УКАЖИТЕ		
ИМЯ: **Сью, Сьюзи**	ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО: **НЕПРИМЕНИМО**	ФАМИЛИЯ: **Джонс**

Пример 2 – ввод «НЕПРИМЕНИМО», поскольку другие первое, второе имя/отчество или фамилия не использовались.

10. **ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ:** УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВСЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАМИ КОГДА-ЛИБО ИМЕНА, ВТОРЫЕ ИМЕНА/ОТЧЕСТВА И ФАМИЛИИ. УКАЖИТЕ		
ИМЯ: **НЕПРИМЕНИМО**	ВТОРОЕ ИМЯ/ОТЧЕСТВО: **НЕПРИМЕНИМО**	ФАМИЛИЯ: **НЕПРИМЕНИМО**

См. важную информацию в отношении ответов на вопросы о вас после текста для блока 20.

Поле №	**Инструкции**
11A	Необходимо указать **ДА** или **НЕТ.** Если указано **ДА**, укажите название преступления, категорию (если имеется), штат и дату вынесения приговора (ММ/ДД/ГГГГ). Чтобы сообщить дополнительную информацию об имеющихся приговорах, изложите ее на отдельном листе и приложите его к настоящей форме разрешения на проверку биографических данных. Укажите свое имя и всю запрашиваемую выше информацию.
11B	Необходимо указать **ДА** или **НЕТ.** Если указано **ДА**, укажите название обвинения в стадии рассмотрения, категорию (если имеется) и штат. Чтобы сообщить дополнительную информацию об обвинениях в стадии рассмотрения, изложите ее на отдельном листе и приложите его к настоящей форме разрешения на проверку биографических данных. Укажите свое имя и всю запрашиваемую выше информацию.
12-14	Перед тем, как давать ответы, внимательно прочтите каждый вопрос. Необходимо указать **ДА** или **НЕТ.** ***Вопрос 14: «Постоянное» означает, что постановление выдано по результатам слушания или по договору сторон.**
15	Укажите идентификационный номер водительского удостоверения или иного удостоверения личности, выданного компетентными органами штата с указанием штата, на территории которого оно было выдано.
16	Если вы проживали на постоянной основе в штате Вашингтон, не переезжая в другой штат или округ за пределами штата Вашингтон в последние три года (36 месяцев), ответьте **НЕТ**. Если вы проживали в другом штате или округе за пределами штата Вашингтон в последние три года (36 месяцев), ответьте **ДА**.
17	17a - Укажите свой почтовый адрес, на которые Центральный пункт BCCU может отправлять вам конфиденциальную информацию, к примеру копию результатов проверки. 17b – Введите ваш адрес проживания, если он отличается от вашего почтового адреса. Если ваш адрес проживания совпадает с почтовым адресом, укажите **СМ. ВЫШЕ**. 17c - Укажите код зоны и номер телефона, по которому с вами можно связаться.
18.	Прочитайте декларативное заявление в поле 18. Ваша подпись в поле 19 означает, что вы прочитали, поняли содержание и согласны с декларативными заявлениями, указанными в поле 18.
19.	Укажите свое имя также как оно указано в поле 9. Если вам не исполнилось 18 лет, свою подпись за вас должен поставить родитель или опекун.
20.	Укажите месяц / день / год (ММ/ДД/ГГГГ) подписания формы в поле 19.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ О ВАС: Ваши ответы на вопросы о себе вносятся в историю в рамках проверки биографических данных и сохраняются в базе данных Департамента DSHS. Данные о вас включаются в результаты проверки биографических данных также как и все остальные данные, которые мы получаем из истории проверок. Необходимо, чтобы вы последовательно и точно отвечали на вопросы о вас. Мы настоятельно рекомендуем вам давать одинаковые ответы на вопросы о вас при заполнении каждой формы разрешения на проверку биографических данных, за исключением случаев, когда формулировка вопросов меняется, либо ответы, данные ранее, были неверными. Также рекомендуется обращаться к документам о вынесении приговоров/обвинений, судебным документам и записям, а также прочим официальным документам, в которых содержатся данные о ваших неправомерных деяниях, обвинениях в ожидании вынесения решения, даты и прочая информация, указывать которую при заполнении формы необходимо в строгом соответствии с такими документами.

Если у вас есть вопросы по поводу процесса проверки биографических данных, используемого Центральным пунктом проверки биографических данных (Background Check Central Unit), обращайтесь в Центральный пункт BCCU по электронной почте bccuinquiry@dshs.wa.gov или по телефону 360-902-7555.