

## تفويض التحقق من المعلومات الأساسية Background Check Authorization

الجزء الأول: مطلوب: معلومات مقدم الطلب (جميع الأجزاء التي استكملها مقدم الطلب، الشخص الذي يقبل التحقق من المعلومات الأساسية). سترسل الجهة المطالبة معلومات مقدم الطلب من خلال نظام التحقق من المعلومات الأساسية (BCS) عبر الإنترنت.	
1. مطلوب: الاسم الحقيقي كما هو مدرج في رخصة القيادة أو بطاقة هوية (ID) تحمل صورة شخصية صادرة عن جهة حكومية	الاسم الأوسط الاسم الأخير
2. مطلوب: الأسماء المستعارة الأخرى الأولى والوسطى والأخيرة التي استخدمتها	الاسم الأوسط الاسم الأخير
3. مطلوب: تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة)	4. مطلوب: رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)
5. عنوان البريد الإلكتروني	7. مطلوب: رخصة قيادة أو بطاقة هوية سارية بالولاية (اكتب لا شيء في حالة عدم وجود أي منهما)
6. رقم الضمان الاجتماعي	7ب. مطلوب: الولاية الصادر منها
8. مطلوب: هل أقيمت في أي ولاية أو دولة غير ولاية واشنطن خلال السنوات الثلاث الماضية (36 شهراً)؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
9. مطلوب: عنوان البريد الذي يمكننا أن نرسل لك المعلومات السرية	شقة رقم المدينة الولاية الرمز البريدي
10. مطلوب: العنوان الفعلي الذي تقيم فيه الآن (اكتب "هو نفسه" إذا كان العنوان هو نفس عنوان البريد الخاص بك)	شقة رقم المدينة الولاية الرمز البريدي
الجزء الثاني: مطلوب: أسئلة الإفصاح عن الذات لجميع الإدانات والتهامات المتعلقة من أي ولاية أو سلطة قضائية. عليك أن تجيب عن الأسئلة من 11 إلى 14. كما يجب أن ترفق صفحة 2 إذا كانت لديك جرائم أو اتهامات معلقة. انظر التعليمات.	
11أ. هل أنت مدان بأي جريمة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل صفحة 2، الجزء الثالث. .... نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
11ب. هل لديك اتهامات (معلقة) ضدك بشأن أي جريمة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل صفحة 2، الجزء الرابع. .... نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
12. هل سبق أن أصدرت لك محكمة أو وكالة حكومية أمراً أو بلاغاً نهائياً آخر يفيد بأنك اعتدت جنسياً أو تعرضت للإيذاء الجسدي أو الإهمال أو التخلي عنك أو استغلال طفلاً أو حدثاً أو بالغاً معرضاً للخطر؟ .... نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
13. هل سبق أن رفضت وكالة حكومية أو أنهت أو ألغت عقدك أو رخصتك لعدم رعايتك للأطفال أو الأحداث أو البالغين المعرضين للخطر؛ أو هل سبق لك أن تنازلت عن عقدك أو رخصتك لأن إحدى الوكالات الحكومية كانت تتخذ إجراءات ضدك لعدم رعايتك للأطفال أو البالغين المعرضين للخطر؟ .... نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
14. هل سبق أن اتخذت المحكمة أيًا من الأوامر التالية ضدك بشأن الإساءة أو الاعتداء الجنسي أو الإهمال أو التخلي أو العنف المنزلي أو الاستغلال أو الاستغلال المالي لشخص بالغ أو حدث أو طفل معرض للخطر؟ .... نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• أمر حماية / أمر تقييد البالغين المعرضين للخطر، سواء كان قائماً بالفعل أو منتهياً، بموجب قانون واشنطن المعدل 74.34.</li> <li>• أمر الحماية من الاعتداء الجنسي بموجب قانون واشنطن المعدل 7.90.</li> <li>• أمر حماية مدني دائم لمكافحة التحرش، سواء كان قائماً بالفعل أو منتهياً، بموجب قانون واشنطن المعدل 10.14.</li> </ul>	
<p>أنا الشخص المذكور أعلاه. وأنه في حالة عدم إبلاغي بالحقيقة كاملة في هذا النموذج، فأدرك أنه يمكن اتهامي بالحنث باليمين وقد لا يُسمح لي بالعمل مع البالغين أو الأحداث أو الأطفال المعرضين للخطر. أدرك ذلك وأوافق على التوقيع في المربع أدناه مما يعني:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• أنني أصرح لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية بالتحقق من المعلومات الأساسية الخاصة بي مع أي جهة حكومية ووكالة إنفاذ القانون.</li> <li>• قد تتضمن نتيجة التحقق من المعلومات الأساسية الخاصة بي معلومات الإفصاح عن الذات المسبقة ونتائج بصمات الأصابع الواردة في التحقق من المعلومات الأساسية التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية حيث سيتم الإبلاغ عن هذه المعلومات على النحو المسموح به بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.</li> <li>• إذا تم تحديد نتيجة نهائية، فستبلغ إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية اسمي فقط وأنه تم تحديد نتيجة نهائية في نتيجة التحقق من المعلومات الأساسية.</li> <li>• ستعطي إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية نتيجة التحقق من المعلومات الأساسية الخاصة بي إلى الأشخاص أو الجهات التي تطلب التحقق من المعلومات الأساسية الخاصة بي ويمكن لهؤلاء الأشخاص أو الجهات نشر نتائج التحقق من المعلومات الأساسية لأشخاص أو جهات أخرى عندما يسمح القانون بذلك أو يُلزم إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية إجراء ذلك. يتم تقديم أوراق بصمات أصابع كف اليد إذا سمح بذلك القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.</li> </ul>	
15. مطلوب: التوقيع. توقيع ولي الأمر أو الوصي عليك إذا كان عمرك أقل من 18 عاماً.	16. مطلوب: تاريخ اليوم (يوم / شهر / سنة)

## تفويض التحقق من المعلومات الأساسية قائمة الجرائم والالتزامات المعقّدة

### Background Check Authorization List of Crimes and Pending Charges

يجب إرفاق هذه الصفحة بالصفحة الأولى من نموذج تفويض التحقق من المعلومات الأساسية إذا تم وضع علامة أمام "نعم" عند الإجابة عن السؤال 11 أ أو 11 ب.

**معلومات هامة حول الإجابة عن أسئلة الإفصاح عن الذات:** تصبح إجاباتك عن أسئلة الإفصاح عن الذات جزءاً من سجل التحقق من المعلومات الأساسية الخاص بك ويتم تخزينها في قاعدة بيانات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية. ومن الموصى به أن تطلع على أوراق الاتهام أو سجلات المحكمة أو الوثائق الرسمية الأخرى وأن تسجل الإدانات الجنائية والالتزامات المعقّدة والتواريخ، وغيرها من المعلومات بالضبط كما هي مدرجة في تلك الوثائق.

<b>مطلوب:</b> اطبع اسمك كما هو مدرج في رخصة القيادة أو بطاقة هوية (ID) تحمل صورة شخصية صادرة عن جهة حكومية	
الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
الاسم الأخير:	
<b>مطلوب:</b> تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة)	
<b>الجزء الثالث: سؤال 11أ.</b> إذا وضعت علامة أمام نعم، فعليك ذكر اسم الجريمة والدرجة (إن وجدت) والولاية وتاريخ الإدانة ومعلومات الجريمة.	
1. اسم الجريمة	الدرجة (إن وجدت)
الولاية	تاريخ الإدانة (شهر / يوم / سنة)
معلومات أخرى عن الجريمة: <input type="checkbox"/> محاولة <input type="checkbox"/> مؤامرة <input type="checkbox"/> عنف منزلي <input type="checkbox"/> إغواء <input type="checkbox"/> بدافع جنسي <input type="checkbox"/> لا يوجد	
وصف الجريمة (مطلوب ذلك عند ارتكاب الجريمة أو الإدانة خارج ولاية واشنطن)	
<b>2. اسم الجريمة</b>	
الدرجة (إن وجدت)	الولاية
تاريخ الإدانة (شهر / يوم / سنة)	
معلومات أخرى عن الجريمة: <input type="checkbox"/> محاولة <input type="checkbox"/> مؤامرة <input type="checkbox"/> عنف منزلي <input type="checkbox"/> إغواء <input type="checkbox"/> بدافع جنسي <input type="checkbox"/> لا يوجد	
وصف الجريمة (مطلوب ذلك عند ارتكاب الجريمة أو الإدانة خارج ولاية واشنطن)	
<b>3. اسم الجريمة</b>	
الدرجة (إن وجدت)	الولاية
تاريخ الإدانة (شهر / يوم / سنة)	
معلومات أخرى عن الجريمة: <input type="checkbox"/> محاولة <input type="checkbox"/> مؤامرة <input type="checkbox"/> عنف منزلي <input type="checkbox"/> إغواء <input type="checkbox"/> بدافع جنسي <input type="checkbox"/> لا يوجد	
وصف الجريمة (مطلوب ذلك عند ارتكاب الجريمة أو الإدانة خارج ولاية واشنطن)	
<b>الجزء الرابع: سؤال 11ب.</b> إذا وضعت علامة أمام نعم، فعليك ذكر اسم التهمة المعقّدة والدرجة (إن وجدت) والولاية ومعلومات عن الجريمة.	
1. اسم الجريمة	الولاية
الولاية	الدرجة (إن وجدت)
معلومات أخرى عن الجريمة: <input type="checkbox"/> محاولة <input type="checkbox"/> مؤامرة <input type="checkbox"/> عنف منزلي <input type="checkbox"/> إغواء <input type="checkbox"/> بدافع جنسي <input type="checkbox"/> لا يوجد	
وصف الجريمة (مطلوب ذلك عند ارتكاب الجريمة أو الإدانة خارج ولاية واشنطن)	
<b>2. اسم الجريمة</b>	
الدرجة (إن وجدت)	الولاية
تاريخ الإدانة (شهر / يوم / سنة)	
معلومات أخرى عن الجريمة: <input type="checkbox"/> محاولة <input type="checkbox"/> مؤامرة <input type="checkbox"/> عنف منزلي <input type="checkbox"/> إغواء <input type="checkbox"/> بدافع جنسي <input type="checkbox"/> لا يوجد	
وصف الجريمة (مطلوب ذلك عند ارتكاب الجريمة أو الإدانة خارج ولاية واشنطن)	

## تعليمات استكمال نموذج تفويض التحقق من المعلومات الأساسية، إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية 09-653

تقدم هذه التعليمات توجيهات عامة لاستكمال نموذج تفويض التحقق من المعلومات الأساسية. وتستخدم برامج إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية المتعددة هذا النموذج لتلبية احتياجات التحقق من المعلومات الأساسية المختلفة. وقد يحتوي برنامج إشراف إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية الذي يتطلب التحقق من المعلومات الأساسية، على تعليمات إضافية يجب عليك اتباعها.

**ملاحظة هامة:** لا يمكن للجهة المطالبة إرسال التحقق من المعلومات الأساسية الخاص بك ما لم يتم استكمال جميع المربعات المطلوبة. وتحتوي المربعات المطلوبة على كلمة "مطلوب:" بجوار رقم المربع. سترسل الجهة المطالبة التحقق من المعلومات الأساسية المكتمل من خلال نظام التحقق من المعلومات الأساسية (BCS) عبر الإنترنت.

**يجب أن يستكمل مقدم الطلب هذا النموذج، وهو الشخص الذي تتحقق إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية من معلوماته الأساسية.**

رقم المربع	تعليمات
1	الاسم الحقيقي الحالي: اكتب اسمك الأول والأوسط والأخير كما هو وارد في رخصة القيادة الحالية أو بطاقة هوية (ID) أخرى تحمل صورة شخصية. وتشمل بطاقة الهوية (ID) التي تحمل صورة شخصية صادرة عن جهة حكومية أي بطاقة هوية فيدرالية أو حكومية أو محلية، أو بطاقة هوية عسكرية أمريكية، أو جواز سفر أمريكي أو أجنبي، أو هوية قبلية معترف بها فيدرالياً. اكتب <b>لا يوجد</b> في كل حقل ليس لديك اسم لكتابته.
2	أسماء مستعارة أخرى: اكتب جميع الأسماء الأولى أو الوسطى أو الأخيرة التي استخدمتها. وتتضمن الأسماء الأخرى الألقاب وأسماء المواليد وأسماء العائلات وما إلى ذلك. وفي حالة عدم استخدامك أي أسماء أخرى أولى أو وسطى أو أخيرة، فعليك كتابة <b>لا يوجد</b> في المربع المناسب. كما لا تترك أي مربع فارغاً.
3	اكتب تاريخ ميلادك مع ذكر الشهر واليوم والسنة (شهر / يوم / سنة).
4	أدخل رقم الهاتف أثناء النهار، بما في ذلك رمز المنطقة، حيث يمكن الوصول إليك في أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحاً حتى 5 مساءً.
5	ضع عنوان بريد إلكتروني يمكن به الوصول إليك.
6	يمكنك اختيار تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. ويساعد رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك الوحدة المركزية للتحقق من المعلومات الأساسية (BCCU) في مطابقة اسمك وتاريخ ميلادك مع السجلات الموجودة في قاعدة البيانات الخاصة بنا مما قد يسرع من استكمال التحقق من المعلومات الأساسية.
7أ	أدخل رقم رخصة القيادة أو رقم بطاقة الهوية (ID) الصادرة من الولاية.
7ب	الولاية التي تم فيها إصدار رخصة القيادة أو بطاقة الهوية (ID) الخاصة بك.
8	إذا كنت تقيم بشكل مستمر في ولاية واشنطن دون أن تقيم في ولاية أو دولة أخرى على مدار السنوات الثلاث الماضية (36 شهراً)، فأجب بـ "لا". في حالة إقامتك في أي ولاية أو دولة غير ولاية واشنطن خلال السنوات الثلاث الماضية (36 شهراً)، فأجب بـ "نعم".
9	اكتب عنوانك البريدي الذي يمكن أن ترسل لك الوحدة المركزية للتحقق من المعلومات الأساسية (BCCU)، معلومات سرية مثل نسخة من نتائج التحقق من المعلومات الأساسية.
10	اكتب عنوان الشارع الخاص بك إذا كان مختلفاً عن عنوانك البريدي. وإذا كان عنوان الشارع والعنوان البريدي متماثلين، فاكتب <b>هو نفسه</b> .
11أ	عليك وضع علامة أمام <b>نعم</b> أو <b>لا</b> . وإذا وضعت علامة أمام <b>نعم</b> ، فأكمل صفحة 2، الجزء الثالث، قائمة الجرائم والتهامات المتعلقة، من النموذج بكتابة اسم الجريمة والدرجة (إن وجدت) والولاية وتاريخ الإدانة (شهر / يوم / سنة). وضع علامة داخل المربع الصحيح لمعلومات الجريمة الأخرى أو <b>لا يوجد</b> . أما إذا تم ارتكاب الجريمة خارج ولاية واشنطن، فيرجى تقديم وصف موجز لها. وإذا كنت بحاجة إلى ذكر إدانات إضافية، فأرفق نسخ إضافية من صفحة 2 إلى النموذج. كما يرجى تضمين اسمك وجميع المعلومات المطلوبة المذكورة أعلاه.
11ب	عليك وضع علامة أمام <b>نعم</b> أو <b>لا</b> . إذا وضعت علامة أمام <b>نعم</b> ، فعليك استكمال صفحة 2، الجزء الرابع، قائمة الجرائم والتهامات المتعلقة، من النموذج بكتابة اسم الاتهام المعلق والدرجة (إن وجدت) والولاية. وضع علامة داخل المربع الصحيح لمعلومات الجريمة الأخرى أو <b>لا يوجد</b> . أما إذا تم ارتكاب الجريمة خارج ولاية واشنطن، فيرجى تقديم وصف موجز لها. وإذا كنت بحاجة إلى ذكر اتهامات إضافية معلقة، فأرفق نسخ إضافية من صفحة 2 إلى النموذج. كما يرجى تضمين اسمك وجميع المعلومات المطلوبة المذكورة أعلاه.
12 - 14	اقرأ كل سؤال بعناية قبل الإجابة. عليك وضع علامة أمام <b>نعم</b> أو <b>لا</b> .
سؤال 14:	كلمة دائم تعني أن الأمر صدر إما بعد عقد جلسة الاستماع أو بناءً على طلب من الأطراف.
15	اقرأ العبارات الواردة أعلاه وقع باسمك كما هو مذكور داخل مربع 1. وإذا لم يكن عمرك 18 عامًا، فيجب أن يوقع ولي الأمر أو الوصي نيابة عنك.
16	اكتب الشهر / اليوم / السنة (شهر / يوم / سنة) الذي وقعت فيه داخل مربع 15.
<p><b>معلومات هامة حول الإجابة عن أسئلة الإفصاح عن الذات (11-14):</b> تصبح إجاباتك عن أسئلة الإفصاح عن الذات جزءاً من سجل التحقق من المعلومات الأساسية الخاص بك ويتم تخزينها في قاعدة بيانات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية. ويتم الإبلاغ عن عمليات الإفصاح عن الذات كجزء من نتيجة التحقق من المعلومات الأساسية مثل أي سجل آخر للتحقق من المعلومات الأساسية الذي تحصل عليه. كما أنه من الضروري أن تكون إجاباتك عن أسئلة الإفصاح عن الذات دقيقة ومتسقة. ويوصى بشدة أن تجيب عن أسئلة الإفصاح عن الذات بنفس الطريقة في كل مرة تستكمل فيها نموذج تفويض التحقق من المعلومات الأساسية ما لم يتغير السؤال أو كانت الإجابة السابقة خطأ. كما أنه من الموصى به أيضاً أن تطلع على أوراق الاتهام أو سجلات المحكمة أو الوثائق الرسمية الأخرى وأن تسجل الإدانات الجنائية والتهامات المتعلقة والتواريخ، وغيرها من المعلومات بالضبط كما هي مدرجة في تلك الوثائق.</p> <p><b>أسئلة حول عملية التحقق من المعلومات الأساسية:</b> يرجى الاتصال بالوحدة المركزية للتحقق من المعلومات الأساسية (BCCU) عبر البريد الإلكتروني <a href="mailto:bccuinquiry@dshs.wa.gov">bccuinquiry@dshs.wa.gov</a> أو عبر الهاتف على رقم 360-902-0299.</p>	