التعليمات **1.** يجب على مقدم الخدمة الحصول على موافقة من مقدم الطلب قبل التحقق من SEL وSCR وجدولة أخذ بصمات الأصابع. **2.** يجب على مقدم الخدمة الاحتفاظ بنموذج الموافقة المكتمل في ملفاته.	**موافقة مقدم الطلب لاستخدام بصمات الأصابع لفحص الخلفية الجنائية (CBC) لـ OASAS**	NEW YORK STATE | Office of Addiction Services and Supports

الجزء الأول معلومات مقدم الطلب (يرجى الكتابة بخط واضح)

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعيّ:	
عنوان مقدم الطلب:		
المؤسسة/مقدم الخدمة:		

الجزء الثاني شهادة

1. لقد تم إبلاغي أنه كجزء من عملية تقديم الطلب، يقتضي القانون من الوكالة المقدمة للخدمة المذكورة أعلاه طلب التحقق من معلومات السجل الجنائي السابق مع شعبة خدمات العدالة الجنائية بولاية نيويورك (DCJS) ومكتب التحقيقات الفيدرالي (FBI) ويأذن لمكتب خدمات تعاطي الكحول والمواد المخدرة بولاية نيويورك (OASAS) بمراجعة وتقييم نتائج التحقق من معلومات السجل الجنائي السابق التي تلقتها DCJS وFBI. ستقدم OASAS ملخص السجل الجنائي السابق بولاية نيويورك، إن وجد، للمؤسسة أو الوكالة المقدمة للخدمة. قد تجعلني الإدانة بجرائم معينة غير مؤهل للتوظيف.
2. أوافق على أخذ بصمات أصابعي وتقديمها لغرض التحقق من معلومات السجل الجنائي السابق إلى DCJS وFBI وأوافق على مشاركة OASAS مع الوكالة المقدمة للخدمة المذكورة أعلاه ملخصًا لمعلومات السجل الجنائي السابق بولاية نيويورك، إن وجدت، التي أعادتها DCJS، كجزء من فحص الخلفية الخاص بمدى ملاءمتي للتوظيف أو الخدمة التطوعية.
3. وقد تم إبلاغي بوجود إجراءات لحصولي على معلومات تاريخي الجنائي، ومراجعتها، وطلب تصحيحها إذا لزم الأمر وفقًا للوائح التي وضعتها DCJS في 9 NYCRR الجزء 6050، وFBI، كما يقتضي الأمر.
4. تم إبلاغي أنه يحق لي سحب طلبي للعمل أو الخدمة التطوعية دون تحيز، في أي وقت قبل تقديم أو رفض العمل أو الخدمة التطوعية، بغض النظر عما إذا كان الشخص المفوض من الوكالة المقدمة للخدمة قد راجع أي معلومات عن السجل الجنائي السابق.
5. تم إبلاغي بأن نتائج فحص معلومات السجل الجنائي السابق المحالة إلى OASAS من قبل DCJS وFBI ستكون سرية وفقًا للقوانين والقواعد واللوائح الفيدرالية وقوانين الولايات المعمول بها، ويجب عدم الكشف عنها لغير الأشخاص المصرح لهم بموجب القانون. سيتم النظر في معلومات السجل الجنائي السابق وفقًا للمادة 23-أ من قانون الإصلاح بولاية نيويورك عند اتخاذ قرارات التوظيف.
6. أؤكد أن بصمات الأصابع المقدمة ستكون لي وأن المعلومات التي قدمتها صحيحة وكاملة ودقيقة.
7. أقر على حد علمي أنني: (تحقق حسب الاقتضاء)
   (a) ☐ لم يتم إدانتي بجريمة.
   (b) ☐ تم إدانتي بجريمة في ولاية نيويورك أو أي ولاية قضائية أخرى.
   (c) ☐ لدي أمر اعتقال معلق.

   إذا اخترت (ب) أو (ج) أضف التفاصيل:_____

   _____
8. قد تم إبلاغي بأن مكتب خدمات مراجعة الحسابات والتحقيقات سيتحقق، كجزء من التحقق من معلومات السجل الجنائي السابق، مما إذا كنت في قاعدة بيانات السجل المركزي على نطاق الولاية المسئول عنها مكتب خدمات الأطفال والأسرة.
9. تم إبلاغي بأنه يتم طلب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي حتى يتمكن مقدم خدمة OASAS من التحقق مما إذا كنت على قائمة استبعاد الموظفين التي يتم الاحتفاظ بها كجزء من السجل المركزي للأشخاص المعرضون للخطر وأن هذا الفحص مطلوب بموجب قانون الخدمات الاجتماعية وسيتم إجراؤه قبل التحقق من معلومات السجل الجنائي السابق. ينص الجزء 702 من 14 NYCRR على جمع أرقام الضمان الاجتماعي لهذا الغرض، وقد يمنع عدم تقديمي لرقم الضمان الاجتماعي الخاص بي من النظر إليّ في الوظيفة المطلوبة.

توقيع مقدم الطلب:	التاريخ:

الجزء الثالث معلومات الشخص المفوض من قبل الوكالة مقدمة الخدمة

الاسم:	المسمى الوظيفي:
التوقيع:	البريد الإلكتروني: