PËLQIMI/LEJIMI I ANKUESIT

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-157	F-00167	DETS-16708-E (R. 12/1/2013)

Emri i ankuesit			Data e plotësimit	
Adresa		Qyteti	Shteti	Kodi postar
Numri i telefonit	Numri i celularit	e-mail adresa		
Programi(et) për të cilin lëshohet formulari për pëlqim/lejim				

Ju lutem lexoni informacionet e mëposhtme, shkruani inicialet në hapësirën e duhur, nënshkruani dhe shënoni datën e këtij formulari.

Kam lexuar Shkresën për Përdorimin Investigues për të Dhënat Personale nga DCF, DHS apo DWD. Si ankues, kuptoj se gjatë hetimeve apo investigimit preliminar mund të jetë e nevojshme për DCF, DHS apo DWD të zbulojnë identitetin tim personave në organizatë apo institucion për investigim. Gjithashtu jam i vetëdijshëm për obligimet e DCF, DHS apo DWD për të kryer detyrat sipas Lirisë së Aktit të informimit. Kuptoj se mund të jetë e nevojshme për DCF, DHS apo DWD për të zbuluar informacione, përfshirë detaje për identifikim personal, që janë grumbulluar si pjesë e hetimit apo investigimit preliminar të ankesës. Përveç kësaj, kuptoj që, si ankues, jam i mbrojtur sipas rregulloreve federale nga kërcënimi apo shpagimi për marrjen pjesë apo pjesëmarrjen në një veprim për të siguruar të drejtat e mbrojtura me statutet jodiskriminuese të zbatuara nga qeveria federale.

PËLQIMI/LEJIMI

DORËZIMI I PËLQIMIT - I kam lexuar dhe I kuptoj informacionet e mësipërme dhe autorizoj DCF, DHS apo DWD për të zbuluar identitetin tim personave në organizatë apo institucion për investigim dhe agjencive tjera federale që sigurojnë asistencë financiare federale në organizatë apo institucion apo gjithashtu kanë përgjegjësi për mbikëqyrje të pëlqimit të të drejtave qytetare që e përfshijnë atë organizatë apo institucion. Në këtë mënyrë autorizoj DCF, DHS apo DWD të pranoj material apo informacione për mua në lidhje me investigimin e ankesës sime. Ky lejim përfshinë, por që nuk është e kufizuar, aplikimet, dokumentet e rastit, shënime personale dhe apo shënime mjekësore. Kuptoj që materiali dhe informacionet do të përdoren për të autorizuar aktivitetet për pëlqimin e të drejtave qytetare dhe për aktivitetet për zbatim. Më tej kuptoj se nuk më është kërkuar të autorizoj këtë pëlqim, dhe këtë e bëj vullnetarisht. Shkruani inicialet e juaja në këtë linjë nëse jepni pëlqim: _____ (*initials*).

REFUZIMI I PËLQIMIT - I kam lexuar dhe i kuptoj informacionet dhe nuk dua që DCF, DHS apo DWD të zbuloj identitetin tim organizatës apo insitituciont për investigim, apo të kontrolloj, pranoj kopje, apo të diskutoj materialin dhe informacionet e pëlqimit për mua, në lidhje me investigimin e ankesës sime. Kuptoj se kjo ka gjasa të bëj investigimin e ankesës sime dhe arritja deri te faktet të bëhet edhe më e vështirë, në disa raste, e pamundshme dhe që mund të rezultoj që investigimi të mbyllet. Shkruani inicialet e juaj në këtë linjë nëse nuk jepni pëlqim: _____ (*initials*).

NËNSHKRIMI - Ankuesi apo Përfaqësuesi i ankuesit	Data e nënshkrimit (mm/dd/vvvv)