تصريح / موافقة مقدم الشكوى

Children and Families
DCF-F-157

Health Services
F-00167

Workforce Development
DETS-16708-E (R. 12/1/2013)

اسم مقدم الشكوى				تاريخ الإكمال
العنوان		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف	رقم الهاتف الخلوي	البريد الالكتروني		

البرنامج (البرامج) التي ينطبق عليها نموذج الموافقة/الإصدار هذا

يرجى قراءة المعلومات الواردة أدناه، واكتب الأحرف الأولى من اسمك في الفراغ المناسب ثم قم بتأريخ وتوقيع هذه الاستمارة.

لقد قمت بقراءة إخطار التحقيق الخاص باستخدام المعلومات الشخصية عن طريق DCF, DHS أو DWD. وباعتباري مقدم الشكوى، أفهم أنه في مسار الاستجواب أو التحقيق الأولي من الضروري لإدارة شؤون الأطفال والعائلات، DCF, DHS أو DWD الكشف عن هويتي لأشخاص في منظمة أو مؤسسة قيد التحقيق. وأنا أيضًا على بينة بالتزامات DCF, DHS أو DWD من ناحية احترامهم للطلبات المقدمة في إطار قانون حرية المعلومات. وأفهم أنه قد يكون من الضروري لـ DCF, DHS أو DWD الكشف عن معلومات، بما في ذلك تفاصيل تحديد الشخصية، والتي تم الحصول عليها وجمعها كجزء من الاستجواب أو التحقيق الأولي الخاص بشكواي. بالإضافة إلى، أنني أفهم كمقدم شكوي، بأنني محمي بواسطة اللوائح الفيدرالية من أن يتم ترويعي أو الانتقام مني لأنني اتخذت إجراءات أو شاركت في إجراءات لضمان الحقوق التي تحميها قوانين عدم التمييز القسري من قبل الحكومة الاتحادية.

تصريح/موافقة

الموافقة الممنوحة - لقد قرأت وفهمت المعلومات أعلاه وأفوض DCF, DHS أو DWD للكشف عن هويتي لأشخاص في منظمة أو مؤسسة في إطار التحقيق وكذلك لغيرها من الوكالات الفيدرالية الأخرى التي تقدم مساعدات مالية فيدرالية إلى منظمة أو مؤسسة أو أيضاً يملكون مسئوليات الرقابة على الامتثال للحقوق المدنية التي تغطي تلك المنظمة أو المؤسسة. وبموجب هذه الموافقة، أفوض DCF, DHS أو DWD في الحصول على مواد ومعلومات عني وثيقة الصلة بالتحقيق في شكواي. ويشمل هذا التصريح، ولكن ليس على سبيل الحصر، نماذج الطلبات وملفات القضية والسجلات الشخصية والسجلات الطبية. وانا افهم أن المواد والمعلومات ستستخدم لأنشطة مصرح بها وخاصة بإنفاذ والامتثال إلى الحقوق المدنية. وأفهم كذلك بأنني لست مجبرًا على السماح بهذا التصريح، وأنني أقوم بذلك بكامل إرادتي. ضع أحرف اسمك الأولى على هذا الخط إذا قمت بمنح الموافقة: _____ (initials)

رفض الموافقة - لقد قرأت وفهمت المعلومات ولا ارغب في أن تقوم DCF, DHS أو DWD بالكشف عن هويتي لمنظمة أو مؤسسة قيد التحقيق، أو لاستعراض او الحصول على نسخ من، أو مناقشة مواد أو معلومات موافقة عني، وذات صلة بالتحقيق في شكواي. وأنا أفهم أنه من المرجح أن يتسبب هذا في جعل التحقيق في شكواي والحصول على كافة الحقائق أكث صعوبة، وقد يكون مستحيلاً في بعض الحالات، وأنه قد يؤدي إلى غلق التحقيق. ضع أحرف اسمك الأولى على هذا الخط إذا رفضت منح الموافقة: _____ (initials).

التوقيع- مقدم الشكوى أو من يمثله	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)

Co-authored by: Departments of Children and Families, Health Services; and Workforce Development