投訴人同意聲明/授權書

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

投訴人姓名			填寫日期	
地址		城市	州	郵編
電話號碼	手機號碼	電子郵箱		
本同意表/授權書適用的計劃				

請閱讀以下信息，在適當的地方簽下姓名首字母，簽署本表格并寫下日期。

我已閱讀過DCF、DHS 或 DWD所發出的「個人信息調查性使用通知」。作為投訴人，我理解在初期詢問或調查期間，DCF、DHS 或DWD可能有必要將我的身份告訴被調查的組織或機構。 我也理解DCF、DHS 或DWD有義務遵守「信息自由法案」的規定答應類似的要求。我理解DCF、DHS 或DWD可能有必要洩露其在初步詢問或調查我的投訴過程中所收集到的信息，包括個人識別信息。此外，我還理解，作為投訴人，我受到聯邦制度的保護，不會因採取某個行動或參與某個行動來獲取聯邦政府反歧視法律所保護的權利而被恐嚇或報復。

同意聲明/授權書

我同意 - 我已閱讀并理解以上信息并授權DCF、DHS 或DWD將我的身份揭示給被調查的組織或機構中的人以及其他給該組織或機構提供聯邦資助的聯邦機構或者有民權合規監督責任而其職權範圍覆蓋該組織或機構的聯邦機構。我在此授權DCF、 DHS 或DWD可以收到有關我的投訴調查的我的個人資料和信息。此授權書包括但不限於申請資料、案例文檔、個人記錄和或病歷。我理解這些資料和信息會被用於經授權的有關民權合規和執行的活動。同時，我還理解，我並非必須進行此授權，該授權屬本人自願。如果您同意，請將您名字的首字母簽署在這一行。_____ (initials)。

我不同意 - 我已閱讀并理解有關信息，不過我不想讓DCF、DHS 或DWD將我的身份揭示給被調查的組織或機構，或者審核、收到或者討論我的投訴調查有關我的資料和同意信息的副本。我理解這可能會使有關我的投訴的調查和信息收集變得困難，甚至在某些情況下，變得不太可能實現，最終導致調查的結束。如果您不同意，請將您名字的首字母簽署在這一行。_____ (initials)。

簽名-投訴人或投訴人代表簽字-投訴人或投訴人代表	簽署日期（月日年）

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