控告人同意书/授权书

Children and Families
DCF-F-157

Health Services
F-00167

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

控告人姓名			填写日期	
地址		城市	州	邮政编码
电话号码	手机号码	电子邮箱地址		

本同意书/授权书适用的程序

请阅读以下内容，在适当位置签上姓名首字母，签名并注明日期。

本人已阅读由DCF、DHS或DWD提供的《关于以调查为目的使用个人信息的通知》。作为控告人，本人理解，在初步询问或调查过程中，DCF、DHS或DWD可能有必要向接受调查的组织或机构人员透露本人身份。本人还很清楚，DCF、DHS或DWD有根据 Freedom of Information Act 尊重请求的义务。本人理解，DCF、DHS或DWD可能有必要披露本人信息，包括对本人控告进行初步询问或调查过程中收集到的有关本人个人身份的详细信息。此外，本人还清楚，作为一名控告人，本人受联邦法规的保护，不会因为提出诉讼以确保联邦政府实施的反歧视法规所规定的权益或因参与相关活动而遭到恐吓或报复。

同意书/授权书

同意授权 – 本人已阅读并理解上述内容，并授权DCF、DHS或DWD将本人身份透露给接受调查的组织或机构人员以及透露给向该组织或机构提供联邦财政援助的其它联邦机构，或对该组织或机构有民权合规监管责任的联邦机构。本人授权DCF、DHS或DWD接收与本人控告调查相关的本人材料和信息。本授权书包括但不限于申请材料、案件卷宗、人事档案、和/或医疗档案。本人理解，以上材料和信息将被用于授权的民权合规活动和执法活动。同时，本人还理解，本人并非必须进行此授权，该授权属本人自愿。如您同意，请在该横线上写上您的姓名首字母：_____ (Initials)。

拒绝授权 – 本人已阅读并理解上述内容，不希望DCF、DHS或DWD将本人身份透露给接受调查的组织或机构，或对与本人控告调查相关的有关本人的材料和授权信息加以评论或接收信息副本甚至加以讨论。本人理解，拒绝该授权可能造成与本人控告相关的调查以及了解事实真相变得更加困难，某些情况下，甚至可能导致调查终止。如您不同意，请在该横线上写上您的姓名首字母：_____ (Initials)。

签名 – 控告人或控告人代表	签署日期（月/日/年）

C

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