رضایت / ترخیص شاکی

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

اسم شاکی				تاریخ تکمیل
آدرس		شهر	ایالت	کد پستی
شماره تلفن	شماره تلفن همراه	آدرس ایمیل		

برنامه(هایی) که برای آن فرم رضایت/ترخیص لازم می شود

لطفا اطلاعات زیر را بخوانید، عنوان خود را در محل مناسب بنویسید، این فرم را امضاء کرده و تاریخ بگذارید.

من استفاده های هشدار تحقیق اطلاعات شخصی را توسط DCF,DHS یا DWD را خوانده ام. به عنوان شاکی، من درک می کنم که مدت اولیه درخواست یا تحقیق ممکن است برای DCF,DHS یا DWD برای تشخیص هویت من برای افراد سازمان یا موسسه مورد تحقیق لازم شود. همچنین من از الزامات DCF,DHS یا DWD برای تصدیق درخواست ها مطابق قانون آزادی اطلاعات مطلع هستم. من درک می کنم که ممکن است برای DCF,DHS یا DWD لازم شود که اطلاعات را شامل جزئیات شخصی اولیه، که به عنوان بخشی از درخواست اولیه یا تحقیق در مورد شکایت من جمع آوری شده افشاء کند. بعلاوه، من درک می کنم که به عنوان شاکی، من بر طبق قوانین فدرال از دشمنی یا تلافی برای اقدام یا مشارکت در عملی برای تحکیم حقوق محافظت شده با قوانین بدون تبعیض مقرر شده توسط دولت فدرال محافظت می شوم.

رضایت/ترخیص

رضایت ضمانت شده- من اطلاعات بالا را خوانده و درک کرده و DCF,DHS یا DWD برای افشای هویت من به افرادی در آژانس های فدرال که کمک مالی برای سازمان یا موسسه یا نظارت مسئولیت های پذیرش حقوق شخصی که سازمان یا موسسه را پوشش می دهند فراهم می کنند، مجاز می کنم. من بدین وسیله DCF,DHS یا DWD برای دریافت مطالب و اطلاعات مربوط به من برای تحقیق شکایت خود مجاز می کنم. این اجازه شامل، اما محدود به درخواست ها، پرونده های مربوط، سوابق شخصی، و یا سوابق پزشکی نمی باشد. من درک می کنم که مطالب و اطلاعات برای تایید پذیرش حقوق افراد شخصی و انجام فعالیت ها استفاده خواهد شد. من بیشتر درک می کنم که من نباید حتما این اجازه را بدهم و این کار را باید به طور داوطلبانه انجام دهم. لطفا در صورت تمایل برای رضایت عنوان خود را روی این سطربنویسید: _____ (initials).

رضایت انکار شده- من این اطلاعات را خوانده و درک می کنم که نمی خواهم DCF, DHS یا DWD برای افشای هویت من به سازمان یا موسسه در مورد تحقیق، یا برای بررسی، دریافت نسخه هایی از مطالب مور بحث و اطلاعات رضایت درباره من، مربوط به تحقیق شکایت خود افشاء کنند. من درک می کنم که این مطابق میل من برای انجام تحقیق در مورد شکایت خود و دریافت همه حقایق خیلی مشکل و در بعضی موارد، غیر ممکن بوده و می تواند باعث بسته شده نتیجه تحقیق بشود. لطفا در صورت ندان رضایت عنوان خود را روی سطر بنویسید: _____ (initials).

امضاء- شاکی یا نماینده شاکی	تاریخ امضاء(ماه/روز/سال)

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