СОГЛАСИЕ / РАЗРЕШЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

COMPLAINANT CONSENT / RELEASE

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

Имя и фамилия заявителя			Дата заполнения	
Адрес		Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	Сотовый телефон	Адрес электронной почты		

Программы, на которые распространяется данное согласие / разрешение

Просим вас прочитать нижеприведенную информацию и поставить в надлежащих местах свои инициалы, подпись и дату.

Я ознакомился с уведомлением об использовании персональной информации при рассмотрении жалоб в DCF, DHS или DWD. Будучи заявителем жалобы, я понимаю, что в процессе предварительного расследования или рассмотрения жалобы DCF, DHS или DWD может потребоваться раскрыть информацию о моей личности представителям расследуемых организаций или учреждений. Я также знаю об обязательствах DCF, DHS или DWD по удовлетворению запросов в соответствии с Законом о свободе информации (Freedom of Information Act). Я понимаю, что в случае необходимости DCF, DHS или DWD могут раскрыть мою информацию, включая персональные данные, полученные в процессе предварительного расследования или рассмотрения моей жалобы. Вместе с тем мне было разъяснено, что федеральное законодательство защищает заявителя от любых мер запугивания или возмездия в связи с подачей жалобы или участием в иске по защите прав в соответствии с федеральными нормативными актами о запрете на дискриминацию.

СОГЛАСИЕ / РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

СОГЛАСИЕ. Я подтверждаю, что ознакомился с вышеуказанной информацией, и разрешаю DCF, DHS или DWD раскрывать мою персональную информацию лицам из организации или учреждения, в которых проводится расследование или рассмотрение жалобы, и другим федеральным агентствам, финансирующим такие организации или учреждения, или несущим надзорную ответственность за соблюдением гражданских прав в таких организациях или учреждениях. Настоящим я уполномочиваю DCF, DHS или DWD на получение касающихся меня материалов и информации, связанных с рассмотрением моей жалобы. Такое разрешение включает в себя помимо прочего заявления, досье, документы персонального учета и/или медицинские записи. Я понимаю, что указанные материалы и информация будут использоваться в целях соблюдения и обеспечения гражданских прав. Я также понимаю, что согласие не является обязательным. Я действую сознательно и добровольно. Если вы даете согласие, просим поставить свои инициалы на этой строчке: _____(Инициалы).

ОТКАЗ. Я подтверждаю, что ознакомился с вышеуказанной информацией и не разрешаю DCF, DHS или DWD раскрывать мою персональную информацию организациям или учреждениям, в которых проводится расследование, а также рассматривать, получать копии или обсуждать касающиеся меня материалы и информацию, связанные с рассмотрением жалобы. Я осознаю, что подобный отказ может затруднить, а в некоторых случаях сделать невозможным рассмотрение жалобы и установление всех фактов и привести к закрытию дела. В случае отказа просим поставить инициалы на этой строчке: _____ (Инициалы).

ПОДПИСЬ. Заявитель или представитель заявителя	Дата подписания (мм/дд/год)

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