Izjava o saglasnosti / ustupanju prava podnosioca žalbe

COMPLAINANT CONSENT / RELEASE

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

Ime podnosioca žalbe			Datum popunjavanja	
Adresa		Grad	Država	Poštanski broj
Broj telefona	Broj mobilnog telefona	Email adresa		

Program(i) na koje se odnosi ova izjava o saglasnosti / ustupanju prava

Molimo Vas, pročitajte informacije u nastavku, stavite svoje inicijale u odgovarajući prostor, potpišite i stavite datum na ovaj obrazac.

Pročitao (la) sam Obaveštenje o istražnom korišćenju ličnih informacija od strane DCF, DHS ili DWD. Kao podnosilac žalbe, razumem da u toku preliminarnog ispitivanja ili istrage može postati neophodno da DCF, DHS ili DWD otkrije moj identitet osobama u organizaciji ili instituciji koja je pod istragom. Takođe sam svestan obaveza DCF, DHS ili DWD da poštuju zahteve pod Freedom of Information Act. Razumem da bi moglo biti neophodno da DCF, DHS ili DWD otkrije informacije, uključujući ličnu identifikaciju detalja, koji su sakupljeni kao deo preliminarnog ispitivanja ili istrage moje žalbe. Pored toga, razumem da sam, kao podnosilac žalbe, zaštićen federalnim propisima od zastrašivanja ili osvete zbog preduzimanje ili učešća u radnji da obezbedim prava koja su zaštićena statutima protiv diskriminacije a koje sprovodi federalna vlada.

IZJAVA O SAGLASNOSTI / USTUPANJU PRAVA

SAGLASNOST DATA - Pročitao sam i razumeo navedne informacije i ovlašćujem DCF, DHS ili DWD da otkrije moj identitet osobama u organizaciji ili instituciji pod istragom i drugim federalnim agencijama koje pružaju federalnu finansijsku pomoć organizaciji ili instituciji ili takođe imaju odgovornost nadzora poštovanja građanskih prava koja uključuje tu organizaciju ili instituciju. Ovim ovlašćujem DCF, DHS ili DWD da primi materijal i informacije o meni koje se odnose na istragu moje žalbe. Ovo ustupanje prava uključuje, ali nije ograničeno na prijave, spise predmeta, ličnu evidenciju, i medicinsku evidenciju. Razumem da će materijal i informacije biti korišćeni za ovlašćeno poštovanje građanskih prava i sprovođenje aktivnosti. Dalje, razumem da nisam u obavezi da ovlastim ovo ustupanje prava, i to činim dobrovoljno. Stavite svoje inicijale na ovu liniju, ako ste saglasni: _____ (Initials).

SAGLASNOST USKRAĆENA - Pročitao sam i razumeo informacije i i ne želim da DCF, DHS ili DWD otkriju moj identitet organizaciji ili instituciji pod istragom, ili da pregledaju, prime kopije ili razgovaraju o materijalu i informacijama o saglasnosti o meni, koje se odnose na istragu moje žalbe. Razumem da će ovo verovatno otežati istragu moje žalbe i pribavljanje svih činjenica i, u nekim slučajevima, onemogućiti i dovesti do toga da se istraga okonča. Stavite svoje inicijale na ovu liniju ako niste saglasni: _____ (Initials).

POTPIS - Podnosilac žalbe ili predstavnik podosioca žalbe	Datum potpisa (mm/dd/gg)

C