CHẤP THUẬN / CHO PHÉP CỦA NGƯỜI KHIẾU NẠI

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

Tên Người Khiếu nại			Ngày Hoàn thành	
Địa chỉ		Thành phố	Bang	Mã vùng
Điện thoại Cố định	Điện thoại Di động	Địa chỉ Email		
(Các) Chương trình áp dụng mẫu Tuyên bố/ Thỏa thuận này				

Xin vui lòng đọc các thông tin dưới đây, ký tắt vào khoảng trống dành riêng, ký và ghi ngày vào mẫu này.

Tôi đã đọc Thông báo Điều tra Sử dụng Thông tin Cá nhân của DCF, DHS hay DWD. Với tư cách là người khiếu nại, tôi hiểu rằng trong quá trình điều tra sơ bộ hoặc điều tra, DCF, DHS hay DWD có thể cần phải tiết lộ danh tính của tôi cho những người ở tổ chức hoặc cơ quan tiến hành điều tra. Tôi cũng nhận thức được nghĩa vụ của DCF, DHS hay DWD phải tôn trọng các yêu cầu theo Freedom of Information Act. Tôi hiểu rằng có thể DCF, DHS hay DWD có thể phải tiết lộ thông tin, bao gồm cả các chi tiết nhận diện cá nhân, mà họ đã thu thập được trong quá trình điều tra sơ bộ, điều tra khiếu nại của tôi. Ngoài ra, tôi hiểu rằng, với tư cách là người khiếu nại, tôi được các quy định của liên bang bảo vệ khỏi sự hăm dọa hoặc trả thù vì đã kiện hoặc tham gia vào các vụ kiện để đảm bảo quyền được bảo vệ bởi các đạo luật không phân biệt đối xử được thực thi bởi chính phủ liên bang.

CHẤP THUẬN / CHO PHÉP

CHẤP THUẬN - Tôi đã đọc và hiểu các thông tin trên và cho phép DCF, DHS hay DWD tiết lộ danh tính của tôi cho những người ở tổ chức, cơ quan đang tiến hành điều tra và cho các cơ quan liên bang khác cung cấp hỗ trợ tài chính liên bang cho tổ chức, cơ quan hoặc cũng có trách nhiệm giám sát việc tuân thủ quyền dân sự của tổ chức hoặc cơ quan đó. Tôi cho phép DCF, DHS hay DWD nhận tài liệu và thông tin về tôi liên quan đến việc điều tra các khiếu nại của tôi. Tuyên bố này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các đơn từ, hồ sơ vụ án, hồ sơ cá nhân, và hoặc hồ sơ y tế. Tôi hiểu rằng các tài liệu và thông tin sẽ được sử dụng cho các hoạt động tuân thủ và thực thi quyền dân sự đã được cho phép. Tôi cũng hiểu rằng tôi không bị bắt buộc phải cho phép việc tiết lộ thông tin này, và tôi làm như vậy một cách tự nguyện. Ký tắt tên quý vị trên hàng này nếu quý vị đồng ý: __ _____ (Initials).

KHÔNG CHẤP THUẬN - Tôi đã đọc và hiểu các thông tin và không muốn DCF, DHS hay DWD tiết lộ danh tính của tôi cho tổ chức, cơ quan điều tra, hoặc xem xét, tiếp nhận bản sao, hoặc thảo luận về các tài liệu và thông tin về tôi, liên quan đến việc điều tra khiếu nại của tôi. Tôi hiểu rằng điều này có thể làm cho việc điều tra khiếu nại của tôi trở nên khó khăn hơn, và trong một số trường hợp, không thể thực hiện được, và có thể dẫn đến việc điều tra bị kết thúc. Ký tắt tên của quý vị trên dòng này nếu quý vị không đồng ý: _____ (Initials).

CHỮ KÝ – Người khiếu nại hoặc Đại diện cho Người khiếu nại	Ngày Ký (ngày/tháng/năm)
C	