Appendix J

CONSENTIMIENTO DE QUEJA / FORMULARIO DE DIVULGACIÓN
COMPLAINANT CONSENT / RELEASE FORM

Nombre del Demandante			Fecha (mes/día/año)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono ( ) -	Número de Celular ( ) -	Dirección de Correo Eletrónico (Email)		

Programa(s) para el que el Formulario de Consentimiento/Divulgación aplica

Por favor, lea la siguiente información, ponga sus iniciales en el espacio apropiado, firme y feche este formulario.

He leído el Aviso sobre los Usos de la Investigación de Información Personal de DCF, DHS o DWD. Como demandante, entiendo que en el el curso de la indagación o investigación preliminar puede ser necesario para DCF, DHS o DWD revelar mi identidad a personas en la organización o institución bajo investigación. También estoy cosciente de la obligación que tienen DCF, DHF o DWD para honrar peticiones en virtud de la Ley de la Libertad de Información (*Freedom of Information Act*). Entiendo que podría ser necesario que DCF, DHS o DWD divulgue información, incluyendo los detalles de identificación personal que hayan sido reunidos como parte de la indagación o investigación preliminar de mi queja. Además, entiendo que, como demandante, estoy protegido por regulaciones federales de intimidación y represalia por haber tomado o participado en una acción para garantizar los derechos protegidos por las leyes de no discriminación impuestas por el gobierno federal.

CONSENTIENTO / DIVULGACIÓN

AUTORIZACIÓN CONCEDIDA - He leído y entendido la información anterior y autorizo a DCF, DHS o DWD a revelar mi identidad a las personas en la organización o institución bajo investigación y a otras agencias federales que proporcionan ayuda financiera federal a la organización o institución o que también reciben supervisión del cumplimiento de los derechos civiles que cubren dicha organización o institución. Yo autorizo a DCF, DHS o DWD a recibir material e información sobre mí pertinente a la investigación de mi queja. Esto incluye, pero no está limitado a, aplicaciones, archivos, registros personales, y / o registros médicos. Yo entiendo que el material y la información se utilizarán para el cumplimiento de los derechos civiles autorizados y las actividades de aplicación. Además, entiendo que no estoy obligado a autorizar este comunicado, y lo hago de forma voluntaria. Ponga sus iniciales en esta línea si usted da su consentimiento:___ (*Iniciales*).

CONSENTIMIENTO NEGADO - He leído y entendido la información y no quiero que DCF, DHS o DWD revele mi identidad a la organización o institución bajo investigación, o que revisen, reciban copias o discutan material e información de consentimiento relacionado conmigo, relativos a la investigación sobre mi queja. Entiendo que es probable que esto haga la investigación sobre mi queja y obtener todos los hechos más difícil y, en algunos casos, imposible, y puede resultar en el cierre de la investigación. Ponga sus iniciales en esta línea si usted no da su consentimiento: ___ (*Iniciales*).

FIRMA del Demandante o Representante del Demandande	Fecha de la Firma (mes/día/año)