

CONSENT / RELEASE FORM**同意/發佈表格**

姓名: _____

地址: _____

請閱讀，并對表格簽名和日期。

我了解在質詢或調查的初期階段，可能有必要讓民政部（Department of Human Services - DHS），公民權利投訴職員（Civil Rights Compliance Staff - CRCS）來對被調查的機構公開我的身份，包括作為初步質詢與投訴調查的一部分收集的個人信息。我了解作為投訴人，我被聯邦法規和 DHS 政策保護，不能因維護受無歧視規章保護的權利而被報復。**保密性不能確保。**

如果你同意在此簽名。	<p>公開授權</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 我已閱讀并理解上述信息并授權 DHS CRCS 來對被調查機構中的人，以及為這家機構提供財務支持，并對公民權利投訴負責的聯邦或州機構公開我的身份。 ▪ 我授權 DHS 來接收與我的投訴調查有關的材料和信息。這些公開包括，但不僅限於：申請，文檔，個人記錄和醫療記錄；并將只被用於授權的公民權利投訴和執行。 ▪ 我理解我未被要求來授權這些公開，并自願這樣做。 ▪ 授權從授權日起一年內有效。
------------	---

或者

如果你拒絕同意，在這裡簽署。	<p>拒絕同意</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 我已閱讀并了解上述信息。我不想讓 DHS CRCS 來向被調查的機構公開我的身份，或者審核，接受，或討論與我的投訴調查有關的資料和內容信息。 ▪ 我了解拒絕同意，可能會讓我的投訴調查更加困難，并在某些情況下，導致調查被關閉。
----------------	--

 簽名 _____ 日期 _____

將簽名和日期的表返還至：

State of Hawaii
 Department of Human Services
 PERS/CRCS
 P. O. Box 339
 Honolulu, Hawaii 96809-0339

將問題發送給: gwatts@dhs.hawaii.gov