

CONSENT / RELEASE FORM

情報公開同意書

氏名：

住所：

本書をよく読み、イニシャル、署名、および日付を記入してください。

私は、予備調査の過程で、ヒューマンサービス省（Department of Human Services - DHS）、人権擁護スタッフ（Civil Rights Compliance Staff - CRCS）が、調査を受けている組織の人物に対して、私の個人識別情報の公開を必要とする可能性があること、これらの情報には、私の苦情に関する予備調査の一部として収集された個人情報を含むこと、を理解しています。私は、申立人として、不当差別禁止法令によって保護されている権利を確保するための活動を行うこと、またはそのような活動に参加することによって、仕返しを受けることがないよう、連邦の規制およびDHSの方針によって守られていることを理解しています。秘密性は保証できません。

<p>同意する場合はここにイニシャルを記入してください。</p>	<p>同意する</p> <ul style="list-style-type: none"> 私は上記の情報を読んで理解し、調査の対象となる組織の人物、および、同組織に資金援助を提供ならびに／または人権擁護の責任を持つ連邦または州の機関に対して、私の個人識別情報を公開することをDHSとCRCSに許可します。 私は、私の苦情に関する調査に関連する資料および情報をDHSが受け取る許可を与えます。この情報には、次が含まれるが、これらに限られるわけではありません：申請書、ケースファイル、個人記録、ならびに医療記録；これらは、許可された人権擁護ならびに実施活動のためにのみ使用されます。 私はこの情報公開に同意する義務はないことを理解しており、任意で同意します。 本同意書は、許可日から1年間有効となります。
----------------------------------	---

または

<p>同意しない場合はここにイニシャルを記入してください。</p>	<p>同意しない</p> <ul style="list-style-type: none"> 私は上記の情報を読み、理解しています。私は、DHSとCRCSが調査対象の組織に私の個人識別情報を公開すること、または、私の苦情に関する調査に関連する資料および同意情報を再吟味、受理、または検討することを希望しません。 私は、本書に同意しないことによって、私の苦情に関する調査が難しくなる可能性があること、および、場合によっては、本調査が終了となる可能性があることを理解しています。
-----------------------------------	---

署名

日付

本書に署名し日付を記入した上で、以下に返送してください：

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

ご質問の送付先：gwatts@dhs.hawaii.gov