

CONSENT / RELEASE FORM

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/LIBERACIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

Lea, escriba sus iniciales, firme y escriba la fecha en este formulario.

Entiendo que en el curso de una consulta o investigación preliminar puede ser necesario que el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services - DSH), el Personal para el Cumplimiento de los Derechos Civiles (Civil Rights Compliance Staff - CRCS) revele mi identidad a personas de la organización bajo investigación, incluyendo información personal reunida como parte de la consulta o investigación preliminar de mi reclamación. Entiendo que, como demandante, estoy protegido por regulaciones federales y las políticas del DSH de represalias por emprender acciones o participar en acciones para obtener derechos protegidos por estatutos de no discriminación. **No se puede garantizar la confidencialidad.**

	CONSENTIMIENTO OTORGADO
Escriba su inicial si da su consentimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ He leído y entiendo la información anterior y autorizo al CRCS del DSH a revelar mi identidad a personas de la organización bajo investigación, y las agencias federales o estatales que ofrecen asistencia económica a la organización, y/o tienen responsabilidades sobre el cumplimiento de los derechos civiles. ▪ Autorizo al DSH a recibir material e información relacionada con la investigación de mi reclamación. Esta liberación, incluye, entre otros elementos: aplicaciones, archivos de caso, registros personales e historiales médicos; y se usará sólo para actividades del cumplimiento y la ejecución de los derechos civiles. ▪ Entiendo que no estoy obligado a autorizar esta liberación y que lo hago voluntariamente. ▪ Esta autorización es efectiva durante un año desde la fecha de la autorización.

O

	CONSENTIMIENTO DENEGADO
Escriba su inicial aquí si <u>niega</u> su consentimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ He leído y entiendo la información anterior. No deseo que el CRCS del DSH revele mi identidad a la organización bajo investigación, ni revise, reciba o trate material e información de consentimiento relacionada con la investigación de mi reclamación. ▪ Entiendo que declinando el consentimiento puede complicar la investigación de mi reclamación y, en algunos casos, puede resultar en el cierre de la investigación.

Firma

Fecha

DEVOLVER el formulario firmado y con fecha a:

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

ENVIAR preguntas a: gwatts@dhs.hawaii.gov