

## إذن بالإفصاح عن المعلومات

### معلومات مقدم الطلب/المشارك

الاسم:	الهاتف:	البريد الإلكتروني:
رقم الضمان الاجتماعي أو رقم الهوية:	تاريخ الميلاد: شهر / يوم / سنة	المقاطعة في ولاية إلينوي:
العنوان:		
المدينة:	الولاية:	الكود البريدي:

معلومات الاتصال بطالب الإفصاح إذا لم تكن مقدم الطلب/المشارك، قم بإرفاق الوثائق القانونية المناسبة التي تعينك كممثل قانوني لمقدم الطلب/المشارك.

الاسم:	الهاتف:	البريد الإلكتروني:
العنوان (إذا كان مختلفاً عن مقدم الطلب/المشارك أعلاه):		
العلاقة مع المشارك: <input type="checkbox"/> النفس <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> وصي قضائي <input type="checkbox"/> آخر (اشرح):		

**المعلومات المطلوبة:** (اذكر المعلومات التي تطلبها، مثل نوع المعلومات المحدد، الفترات الزمنية المحددة، المزود المحدد، إلخ).

--

### الغرض من الإذن:

--

### أرسل المعلومات إلى:

<input type="checkbox"/> مقدم الطلب/المشارك (على العنوان أعلاه)	<input type="checkbox"/> طالب الإفصاح (على العنوان أعلاه)	<input type="checkbox"/> اسم وعنوان الشخص أو المنظمة أو الوكالة:
أرسل كالتالي: <input type="checkbox"/> عبر البريد الإلكتروني الآمن		<input type="checkbox"/> وثائق ورقية عبر البريد

روكذملا نايكلا وأ درفلل ةبولطملا تامولعملا نع حاصفالإلاب (IDoA) يونيلإ ةخوخيش مسق موقى نأ بلع قفاوأ ،هالعا روكذملا ينوناقلا لثمملا وأ كراشملا/بلطلا مدقم ،انأ:حاصفالإلاب نذا اذإ .هاندا روكذملا ناونعلا بلع IDoA بلا يطخ راعشإ لاسراب تقو يأ يف نذالإ اذه ءاعلإ يننكمي يننأو نذالإ خيرات نم ءدحاو ءنس دعب يهتني نذالإ اذه نأ مهفأ .ةفوصوملا ضارغأل بلع رثؤي دق امم ،اهنع حصفي دق تامولعملا هذه نقلتي يذلا صخشلا نأ مهفأ امك .IDoA لبق نم ءاعلإلا مالتسا لبق اهنع حاصفالإلا مت تامولعم يأ بلع كلذ رثؤي تلف ،نذالإ تيغلأ .ةيالولا نوناق وأ يلارديفلا نوناقلا بجومب يتيامح

تاريخ الإذن:

التوقيع:

الاسم المطبوع:

أرسل هذا النموذج والوثائق الداعمة المطلوبة لممثل القانون إلى: IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271 أو عبر البريد الإلكتروني إلى: [Ageing.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov](mailto:Ageing.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov)