



## Autorisation de divulgation d'informations

### Coordonnées du requérant/participant

Nom :		Téléphone :		E-mail :	
Numéro de sécurité sociale ou d'identification :		Date de naissance:    /    / JJ    MM    AAAA		Comté de résidence dans l'Illinois :	
Adresse :					
Ville :		État :		Code postal :	

**Coordonnées du demandeur** *Si vous n'êtes pas le requérant/participant, joignez les documents officiels vous désignant en tant que représentant légal du requérant/participant.*

Nom :		Téléphone :		E-mail :	
Adresse (si différente de celle du requérant/participant ci-dessus) :					
Lien avec le participant : <input type="checkbox"/> Participant en personne <input type="checkbox"/> Procuration <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					

**Informations requises** : Indiquez les informations que vous demandez (par exemple, un type spécifique d'informations, des délais spécifiques, un fournisseur spécifique, etc.)

**Objet de l'autorisation** : Indiquez la raison pour laquelle vous autorisez la divulgation de ces informations (par exemple : preuve de services, litige éventuel, etc.)

### Envoyez les informations au :

<input type="checkbox"/> requérant/participant (à l'adresse ci-dessus)	<input type="checkbox"/> demandeur (à l'adresse ci-dessus)	<input type="checkbox"/> Nom et adresse de la personne, de l'organisme ou de l'agence :
Envoyer : <input type="checkbox"/> sous forme de courrier électronique sécurisé : <input type="checkbox"/> sous forme de documents papier via USPS		

**Autorisation de divulgation** : Moi, le requérant/participant ou le représentant légal indiqué ci-dessus, autorise le Département de l'Illinois pour les personnes âgées (IDoA) à divulguer les informations demandées à la personne ou à l'entité répertoriée aux fins décrites. Je comprends que cette autorisation expire un an à compter de la date d'autorisation et que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en envoyant une notification écrite à IDoA à l'adresse indiquée ci-dessous. Si je révoque l'Autorisation, cela ne concernera aucune information divulguée avant que la révocation ne soit reçue par IDoA. Je comprends également que la personne qui reçoit ces informations peut les divulguer les informations, ce qui est susceptible d'affecter ma protection en vertu de la loi fédérale ou de la loi de l'État.

Nom en	Signatur	Date d'autorisation
--------	----------	---------------------

Envoyez ce formulaire et les pièces justificatives requises concernant le représentant légal à : **IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271** ou par courrier électronique à : [Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov](mailto:Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov)