



Zgoda na udostępnienie informacji

Informacje o wnioskodawcy/uczestniku

Imię i nazwisko:		Nr telefonu:	Adres e-mail:
Numer Social Security (ubezpieczenia społecznego) lub numer dowodu tożsamości:		Data urodzenia: ____/____/____ MM dd rrrr	Powiat zamieszkania w stanie Illinois:
Adres:			
Miejscowość:		Stan:	Kod pocztowy:

Dane kontaktowe osoby zwracającej się o udostępnienie informacji Jeśli nie jest Pan(i) wnioskodawcą/uczestnikiem, prosimy załączyć odpowiednie dokumenty prawne ustanawiające Pana(-ią) przedstawicielem ustawowym wnioskodawcy/uczestnika.

Imię i nazwisko:		Nr telefonu:	Adres e-mail:
Adres (jeśli inny niż wnioskodawcy/uczestnika podany powyżej):			
Relacja z uczestnikiem: <input type="checkbox"/> Sam uczestnik <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Inny (należy wyjaśnić):			

Wnioskowane informacje: Prosimy wskazać informacje, o które Pan(i) wnioskuje (np. konkretny rodzaj informacji, konkretne ramy czasowe, konkretny świadczeniodawca itp.)

Cel wyrażenia zgody: Prosimy wymienić powody, dla których wyraża Pan(i) zgodę na udostępnienie tych informacji (np. jako dowód potwierdzający świadczenie usług, ewentualne postępowanie sądowe itp.)

Udostępnione informacje należy przesłać do:

<input type="checkbox"/> Wnioskodawcy/uczestnika (na adres podany powyżej)	<input type="checkbox"/> Osoby zwracającej się o udostępnienie informacji (na adres podany powyżej)	<input type="checkbox"/> Imię i nazwisko (nazwa) oraz adres osoby, organizacji lub agencji:
Sposób przesłania informacji: <input type="checkbox"/> Bezpieczna wiadomość e-mail: <input type="checkbox"/> Dokumenty papierowe za pośrednictwem USPS		

Zgoda na udostępnienie: Ja, wnioskodawca/uczestnik lub przedstawiciel prawny wskazany powyżej, wyrażam zgodę na udostępnienie przez Departament ds. Osób Starszych stanu Illinois (Illinois Department on Aging, IDoA) wnioskowanych informacji wymienionej osobie lub podmiotowi w opisanych powyżej celach. Jestem świadomy(-a), że niniejsza zgoda wygasa po upływie jednego roku od daty jej wyrażenia oraz że mogę ją odwołać w dowolnym czasie poprzez wysłanie pisemnego powiadomienia do IDoA na adres podany poniżej. Odwołanie przeze mnie zgody nie będzie miało wpływu na informacje ujawnione przed otrzymaniem przez IDoA wycofania zgody. Rozumiem również, że osoba otrzymująca te informacje może je ujawnić, co może wpłynąć na moją ochronę na mocy prawa federalnego lub stanowego.

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Podpis

Data wyrażenia zgody

Prosimy przesłać niniejszy formularz oraz wymagane dokumenty ustanawiające przedstawiciela ustawowego na adres:

IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271 lub pocztą elektroniczną na adres:
Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov