



## Разрешение на разглашение информации

### Информация о заявителе/участнике

ФИО:		Тел.:	Эл. почта:
Номер социального страхования или идент. номер:	Дата рождения: ____/____/____ мес.    день    год		Округ проживания в штате Иллинойс:
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	

**Контактные данные обратившегося с запросом лица:** Если вы не являетесь заявителем/участником, прикрепите юридическую документацию, подтверждающую ваш статус законного представителя заявителя/участника

ФИО:	Тел.:	Эл. почта:
Адрес (если вы не являетесь заявителем/участником, указанным выше):		
Кем вы приходите участнику: <input type="checkbox"/> Сам участник <input type="checkbox"/> Доверенное лицо <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другой вариант (поясните):		

**Запрашиваемая информация:** Укажите, какая информация запрашивается (например, тип информации, временные рамки, поставщик информации и т. д.)

**Цель предоставления разрешения:** Укажите, зачем вы предоставляете разрешение на разглашение данной информации (например, для подтверждения предоставленных услуг, для судебного разбирательства и т. д.)

### Получатель информации:

<input type="checkbox"/> Заявитель/участник (адрес указан выше)	<input type="checkbox"/> Лицо, обратившееся с запросом (адрес указан выше)	<input type="checkbox"/> Имя лица или название организации/учреждения, а также адрес:
Отправка: <input type="checkbox"/> По защищенной эл. почте:		<input type="checkbox"/> Бумажной документацией Почтовой службой США (USPS)

**Разрешение на выдачу информации:** Я, заявитель/участник или законный представитель, указанный выше, разрешаю Департаменту по делам пожилых людей штата Иллинойс (IDoA) предоставить запрашиваемую информацию указанному физическому или юридическому лицу для описанных целей. Я понимаю, что срок действия данного разрешения истекает через год с даты выдачи разрешения и что я могу отозвать данное разрешение в любое время, направив письменное уведомление в Департамент по адресу, указанному ниже. Если я отзываю разрешение, это никак не повлияет на информацию, которая была уже выдана до получения Департаментом запроса на отзыв разрешения. Я также понимаю, что лицо, получившее эту информацию, может раскрыть ее, что может повлиять на мою защиту в соответствии с положениями федерального законодательства или законодательства штата.

ФИО печатными буквами

Подпись

Дата предоставления разрешения

Отправьте данную форму и необходимые документы для подтверждения статуса законного представителя по адресу:  
**IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271** или на эл. почту:  
[Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov](mailto:Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov)