



信息披露授权书

申请人/参与人信息

姓名:	电话:	电子邮件:
社会安全或身份证号码:	出生日期: ____/____/____ 月 / 日 / 年	伊利诺伊州居住县:
地址:		
城市:	州:	邮政编号:

请求人联系信息 如果您不是申请人/参与人本人，请附上适当的法律文件，以证明您为申请人/参与人的指定法律代表。

姓名:	电话:	电子邮件:
地址 (如果与上述申请人/参与人不同):		
与参与人的关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 委托书 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其他 (解释):		

要求提供的信息: 列出您所要求的信息 (如具体的信息类型、具体的时间范围、具体的提供者等)

授权目的: 列出您授权披露此信息的原因 (例如: 服务证明、可能的诉讼等)

将信息发送至:

<input type="checkbox"/> 申请人/参与人 (地址如上)	<input type="checkbox"/> 请求人 (地址如上)	<input type="checkbox"/> 个人、组织或机构之名称及地址:
发送方式: <input type="checkbox"/> 通过安全电子邮件发送:		<input type="checkbox"/> 通过 USPS 发送纸质文件

披露授权: 本人，即上述申请人/参与人或其法定代表，授权伊利诺伊州老人局 (IDoA) 出于上述目的向所列个人或实体提供所请求的信息。本人明白，本授权自授权日期起一年后失效，本人可随时向IDoA发送书面通知撤销本授权，其地址如下所列。如果我撤销授权，将不会影响IDoA在收到撤销授权之前所披露的任何信息。我还明白，接收此信息的人可能会披露此信息，这可能会影响联邦或州法律对我的保护。

正楷书写姓名

签名

授权日期

将本表和所需的法定代表人证明文件发至: **IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271** 或发送电子邮件至: Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov