



## Autorización para la divulgación de información

### Solicitante/información del participante

Nombre:	Teléfono:	Correo Electrónico:
Número de Seguro Social o número de identificación:	Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA	Condado de residencia de Illinois:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

**Información de contacto del solicitante** *Si usted no es el/la solicitante/participante, adjunte la documentación legal correspondiente que lo/la asigne como representante legal del/de la solicitante/participante.*

Nombre:	Teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección (si es diferente a la del/de la solicitante/participante arriba):		
Relación con el participante: <input type="checkbox"/> Yo mismo/a <input type="checkbox"/> Poder notarial <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Otra (explique):		

**Información solicitada:** enumere la información que está solicitando (por ejemplo, tipo específico de información, plazos específicos, proveedor específico, etc.)

**Propósito de la autorización:** indique por qué está autorizando la divulgación de esta información (por ejemplo: prueba de servicios, posible litigio, etc.)

### Envíe la información a:

<input type="checkbox"/> Solicitante/participante (a la dirección indicada arriba)	<input type="checkbox"/> Solicitante (a la dirección indicada arriba)	<input type="checkbox"/> Nombre y dirección de la persona, organización o agencia:
Enviar como: <input type="checkbox"/> A través de correo electrónico seguro:		<input type="checkbox"/> Documentos en papel a través del USPS

**Autorización para la divulgación:** Yo, el/la solicitante/participante o representante legal mencionado anteriormente, autorizo al Departamento de Adultos Mayores de Illinois (IDoA, por sus siglas en inglés) a divulgar la información solicitada a la persona o entidad mencionada con los fines descritos. Entiendo que esta autorización expira un año después de la fecha de autorización y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al IDoA a la dirección que se menciona a continuación. Si revoco la autorización, no afectará la información divulgada antes de que el IDoA reciba la revocación. También entiendo que la persona que recibe esta información puede divulgarla, lo cual podría afectar mi protección bajo la ley federal o estatal.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha de autorización

Envíe este formulario y la documentación de respaldo requerida del representante legal a: **IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271** o envíela por correo electrónico a: [Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov](mailto:Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov)