State of Illinois
Illinois Department on Aging

Illinois Department on Aging

資訊披露授權書

申請人/參與人資訊

姓名：	電話：	電子郵件：
社會安全或身份證號碼：	出生日期： _____/_____/_____ 月 日 年	伊利諾州居住縣：
地址：		
城市：	州：	郵遞區號：

請求人聯繫資訊 *如果您不是申請人/參與人本人，請附上適當的法律文件，以證明您為申請人/參與人的指定法律代表。*

姓名：	電話：	電子郵件：
地址 *（如果與上述申請人/參與人不同）：*		
與參與人的關係： ☐ 本人 ☐ 委託書 ☐ 監護人 ☐ 其他（解釋）：		

要求提供的資訊：列出您所要求的資訊（如具體的資訊類型、具體的時間範圍、具體的提供者等）

授權目的：列出您授權披露此資訊的原因（例如：服務證明、可能的訴訟等）

將資訊發送至：

☐ 申請人/參與人（地址如上）	☐ 請求人（地址如上）	☐ 個人、組織或機構之名稱及地址：
發送方式： ☐ 通過安全電子郵件發送：		☐ 通過USPS發送紙質文件

披露授權： 本人，即上述申請人/參與人或其法定代表，授權伊利諾州老人局（IDoA）出於上述目的向所列個人或實體提供所請求的資訊。本人明白，本授權自授權日期起一年後失效，本人可隨時向IDoA發送書面通知撤銷本授權，其地址如下所列。如果我撤銷授權，將不會影響IdoA在收到撤銷授權之前所披露的任何資訊。我還明白，接收此資訊的人可能會披露此資訊，這可能會影響聯邦或州法律對我的保護。

正楷書寫姓名 簽名 授權日期

將本表和所需的法定代表人證明文件發至：**IDoA Office of General Counsel, One Natural Resources Way, Springfield, IL, 62702-1271 或發送電子郵件至：**Aging.Subpoenas.Authorizations@illinois.gov