IOWA Health and Human Services

Consentimiento para obtener y divulgar información
Consent to Obtain and Release Information

Nombre del cliente	Nº de ident.
Domicilio	Padre/Madre/Tutor
Fecha de nacimiento [day] de [month] de 2020	Domicilio

Autorizo a HHS y a las siguientes personas o agencias a compartir información, por escrito o verbalmente, sobre mis necesidades y los servicios que recibo:

Nombre/Agencia

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Asistente de HHS o del Condado

Nombre

Domicilio

Teléfono

La información divulgada o compartida puede ser:

Evaluaciones/Investigaciones
Evaluaciones educativas
Información familiar y social
Informes sobre participación de agencias, planes y progreso
Estado físico (inclusive vista, audición, nutrición, capacidad comunicativa, capacidad cognitiva y fotografías)

Otros (anote las excepciones o los límites de la divulgación)

_____

_____

_____

Firma de quien autoriza	Fecha	Relación con el cliente	Fecha de venc.

Una fotocopia de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza legal y efecto que el documento legal.

Política sobre Discriminación, Acoso, Acción Afirmativa e Igualdad de Oportunidades Laborales

La política de Iowa Department of Health and Human Services (HHS) es brindarles trato equitativo en cuanto a empleo y prestación de servicios a todos los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si cree que HHS le ha discriminado o acosado de algún modo, le agradeceremos que envíe una carta detallando sus quejas a:

Iowa Department of Human Services, 321 E.12th Street, Des Moines IA 50319 o por correo electrónico a FDHS@hhs.iowa.gov