



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

Table with 2 columns: Client Name, ID Number, Address, Parent/Guardian, Date of Birth, and Home Address.

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

Five horizontal lines for listing names/agencies.

Asistente de HHS o del Condado

Nombre

Domicilio

Teléfono

**La información divulgada o compartida puede ser:**

**Evaluaciones/Investigaciones**

**Informes sobre participación de agencias, planes y progreso**

**Evaluaciones educativas**

**Estado físico** (inclusive vista, audición, nutrición, capacidad comunicativa, capacidad cognitiva y fotografías)

**Información familiar y social**

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

Firma de quien autoriza	Fecha [day] de [month] de 2020
Relación con el cliente	Fecha de venc. [day] de [month] de 2020

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. 12<sup>th</sup> Street, Des Moines IA 50319 o por correo electrónico a [FDHS@hhs.iowa.gov](mailto:FDHS@hhs.iowa.gov)