



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

Table with 2 columns: Client information (Nombre del cliente, Domicilio, Fecha de nacimiento) and Identifying information (Nº de ident., Padre/Madre/Tutor, 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:

Form for listing agency names (Nombre/Agencia) with horizontal lines for text entry.

Form for listing HHS or County assistant details (Asistente de HHS o del Condado) including Name, Address, and Phone number.

La información divulgada o compartida puede ser:

- List of information types: Evaluaciones/Investigaciones, Informes sobre participación de agencias, planes y progreso, Evaluaciones educativas, Estado físico, Información familiar y social, etc.

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

Horizontal lines for additional notes or exceptions.

Table for signature and date information: 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, identidad de género, 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, Bureau of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor,  
1305 E Walnut, Des Moines IA 50319-0114 o por correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)