

**Consentimiento / Divulgación de la Demanda**  
**COMPLAINT CONSENT / RELEASE**

La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Nombre – Demandante		Fecha de hoy
Dirección - Demandante (Calle, ciudad, estado, código postal)		
Teléfono		Teléfono celular
Correo electrónico		

Enumere el programa y / o los nombres de las personas con quienes desea que el Department of Children and Families (DCF) se comuniquen o comparta información con respecto a este asunto, que no estén empleadas por DCF, (por ejemplo, cónyuge u otros testigos) para lo que este Consentimiento / Divulgación autoriza. También incluya el período que debería abarcar la investigación si desea que sea restringida.

**POR EJEMPLO:** Si ha recibido servicios durante cinco años, pero sólo quiere que se investiguen los últimos doce meses, debe especificar el período. También puede restringir una divulgación de información médica a períodos o proveedores específicos. Es su información y tiene el derecho de especificar qué información desea divulgar sobre usted y a quién.

Por favor lea la información indicada abajo, coloque su inicial en el espacio correspondiente, firme y coloque la fecha en este formulario.

He leído la Notificación de Usos Investigativos de Información Personal del Department of Children and Families (DCF), incluida en el formulario DCF Civil Rights Service Delivery Discrimination Complaint (DCF-F-2466-E). Como demandante, entiendo que en el transcurso de una averiguación o investigación preliminar, quizá sea necesario que DCF revele mi identidad a las personas de la organización o institución que se está investigando. También soy consciente de la obligación de DCF de respetar los pedidos en virtud de la Ley sobre Libertad de Información (*Freedom of Information Act*). Entiendo que quizá sea necesario que DCF divulgue la información, incluidos los detalles que identifican a la persona, que ha obtenido como parte de la averiguación o investigación preliminar de mi demanda. Además, entiendo que, como demandante, estoy protegido por las reglamentaciones federales contra la intimidación o represalia por haber tomado medidas o participado en una acción para garantizar los derechos protegidos por las leyes de no discriminación que el gobierno federal hace cumplir.

**CONSENTIMIENTO / DIVULGACIÓN**

**CONSENTIMIENTO OTORGADO.** He leído y entiendo la información indicada arriba y autorizo a DCF a revelar mi identidad a las personas de la organización o institución que se está investigando y a otros organismos federales que proporcionan asistencia financiera federal a la organización o institución o que también tienen responsabilidades de supervisión de cumplimiento de derechos civiles que cubren a esa organización o institución. Autorizo por el presente a DCF a recibir material e información sobre mí pertinente a la investigación de mi demanda. Esta divulgación incluye, pero no está limitada a, solicitudes, archivos de casos, registros personales y/o historias clínicas. Entiendo que el material y la información se usarán para las actividades autorizadas de cumplimiento y ejecución de los derechos civiles. También entiendo que no tengo la obligación de autorizar esta divulgación y lo hago de modo voluntario.

Coloque sus iniciales en esta línea si presta su consentimiento. \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DENEGADO.** He leído y entiendo la información y no deseo que DCF revele mi identidad a la organización o institución que se está investigando, ni revise, reciba copias o discuta material e información de consentimiento sobre mí, perteneciente a la investigación de mi demanda. Entiendo que esto dificultará aún más y en algunos casos hará imposible la realización de la investigación de mi demanda y la obtención de todos los hechos y puede provocar el cierre de la investigación.

Coloque sus iniciales en esta línea si **NO QUIERE** prestar su consentimiento. \_\_\_\_\_

Firme, coloque la fecha y entregue el formulario de Consentimiento / Divulgación a: DCF Civil Rights Compliance Unit, 201 East Washington Avenue, P.O. Box 8916, Madison, WI 53708 o puede enviarlo por fax a (608) 421-7423.

---

**FIRMA** – Demandante

---

Fecha de la firma