



Formulario de Denuncia de Discriminación Complaint Form

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN POR PARTE DEL DENUNCIANTE

Su nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: Casa: (_____) _____ Trabajo o celular: (_____) _____
Número(s) de denuncia: (si lo(s) conoce) _____

Por favor, lea la siguiente información, marque la casilla correspondiente y firme este formulario.

Como denunciante, entiendo que durante la investigación podría ser necesario que el Departamento de Recursos Humanos de Rappahannock-Rapidan Community Services Board dba Encompass Community Supports herein called (“Agency”), revele mi identidad a personas del programa o departamento, o al individuo bajo investigación. También entiendo que podría ser necesario que el Departamento de Recursos Humanos de Agency divulgue información que ha sido recopilada como parte de su investigación, la cual incluye detalles que pueden revelar mi identidad. Además, entiendo que, como denunciante, estoy protegido por los reglamentos del Departamento de Recursos Humanos de Agency en contra de intimidación o represalias por haber tomado acción o haber participado en acciones para asegurar los derechos protegidos por las leyes de antidiscriminación que hace valer el Departamento de Recursos Humanos de Agency.

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

- CONSENTIMIENTO OTORGADO - He leído y entiendo la información previamente presentada y autorizo al Departamento de Recursos Humanos a revelar mi identidad a personas del programa o departamento, o al individuo bajo investigación. Autorizo al Departamento de Recursos Humanos a recibir, revisar y discutir materiales e información que sean pertinentes a esta investigación. Esta autorización incluye, pero no está limitada a, archivos personales y médicos. Entiendo que los materiales e información se usarán para actividades autorizadas para conformidad y cumplimiento de derechos civiles. Además, entiendo que no estoy obligado(a) a autorizar esta divulgación, y que lo hago por voluntad propia.
- CONSENTIMIENTO NEGADO - He leído y entiendo la información previamente presentada y no quiero que el Departamento de Recursos Humanos de Agency revele mi identidad al programa o departamento, o al individuo bajo investigación, ni que revise, reciba o discuta materiales e información acerca de mí, que sean pertinentes a esta investigación. Entiendo que esta acción probablemente impedirá que se realice la investigación de mi denuncia y que puede resultar en el cierre de la investigación.

FIRMA

FECHA