



Estado de Hawái
Oficina de Acceso Lingüístico (OLA)

Consentimiento para revelar información

La Oficina de Acceso Lingüístico (OLA, por sus siglas en inglés) le podrá brindar una mejor asistencia si puede compartir y recibir información acerca de su reclamo sobre acceso lingüístico. **Con su consentimiento**, la OLA puede revelar su identidad u otra información privada a personas del departamento, agencia u organización bajo investigación. **Sin su consentimiento**, puede ser más difícil para la OLA investigar su reclamo.

Información de contacto

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>			
Teléfono	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Consentimiento otorgado

1. He leído y entendido la información arriba presentada. Autorizo a la OLA a revelar mi identidad u otra información privada que me identifique a personas del departamento, agencia u organización bajo investigación.
2. Autorizo a la OLA a recibir material e información relevante para investigar mi reclamo. Esta información incluye, aunque no se limita a: solicitudes, avisos, cartas de denegación o reducción de beneficios, o cualquier solicitud que pueda haber hecho para recibir asistencia lingüística.
3. Entiendo que esta información solo se utilizará a fin de asistir en la investigación de mi reclamo.
4. Este otorgamiento es válido por un año desde la fecha de la presente autorización.
5. También puedo revocar mi consentimiento, por escrito, en cualquier momento.

Si usted otorga su consentimiento, escriba sus iniciales aquí_____.

Consentimiento no otorgado

1. He leído y entendido la información arriba presentada. No es mi deseo que la OLA pueda revelar mi identidad u otra información privada que me identifique a personas del departamento, agencia u organización bajo investigación.
2. Entiendo que, al no prestar mi consentimiento, la investigación de mi reclamo puede ser más difícil y que la OLA podría no llegar a resolverla.

Si usted no otorga su consentimiento, escriba sus iniciales aquí_____.

Firma

Fecha

Envíe el formulario a:

Office of Language Access
1250 Punchbowl Street, Room 201
Honolulu, Hawaii 96813

Para obtener ayuda o hacer preguntas:

Correo electrónico: doh.ola@doh.hawaii.gov
Teléfono: (808) 586-8730
Islas vecinas: 1 (866) 365-5955