



State of Connecticut
Department of Developmental Services



Authorization for release Name/Photography/Video
Autorizacion para la revelacion de nombre/fotografia/video

At the request of the Department, I authorize: DDS Communication Director
Al pedido del Departamento, autorizo a: (Required: Title or Person making the disclosure
Obligatorio: cargo o nombre de la persona haciendo la revelación)

to disclose the information described below to: Communication Director
a revelar la información que se describe abajo (Required: Title or Person receiving the
a: disclosure
Obligatorio: cargo o nombre de la persona recibiendo la revelación)

460 Capitol Ave. Hartford, CT 06106
(Name / Address of receiving person or
organization
Nombre / dirección de la persona u organización receptora)

Describe the information to be released in a specific and meaningful fashion. (Required)
Describe la información que será revelada de forma específica y significativa. (Obligatorio)

Picture used in DDS publications, website and various statewide media outlets.

I understand this information will be used for the following purpose(s): (Required)
Entiendo que esta información será usada para el/los siguiente/s propósito/s: (Obligatorio)

All media outlets, DDS website, publications

I understand this information may be used/released in the following categories of media.
Entiendo que esta información puede ser usada/revelada en las siguientes categories de medios.

- DDS newsletters / Hojas Informativas de DDS
Print media / Medios impresos
DDS web site / Sitio Web de DDS
Television / Televisión

I understand this authorization will expire on:
Entiendo que esta autorización expirará:

Provide a date mm/dd/yy or event (Required)

Phone: 860 418-6000 ♦ TDD 860 418-6079 ♦ Fax: 860 418-6001
460 Capitol Avenue ♦ Hartford, Connecticut 06106
www.ct.gov/dds ♦ e-mail: ddsct.co@ct.gov
An Equal Opportunity Employer

Indique una fecha mm/dd/aa o evento
(Obligatorio) _____

Continuation of DDS services is not conditioned on my signing this Authorization.

DDS may use or disclose the information described in this authorization only for the specified purposes and that this permission will expire on the date or event provided above.

I retain the right to revoke this Authorization at any time. This revocation shall be effective *except* to the extent that DDS has already used or disclosed information permitted by this authorization. I understand the request to revoke this authorization must be in writing, and will become effective when it is received by the Regional Director of Quality Improvement.

I understand that information used or disclosed in accordance with this Authorization may be shared with organizations that are not required by federal law to protect this information.

La continuación de los servicios de DDS no está condicionada a mi firma de esta Autorización.

DDS podrá usar o revelar la información descrita en esta autorización sólo para los propósitos especificados y que este permiso expirará en la fecha o en el evento que se indica arriba.

Retengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento. Esta revocación será efectiva *excepto hasta cierto punto* en que DDS ya haya usado o revelado la información permitida por esta autorización. Entiendo que la solicitud de revocar esta autorización debe estar por escrito, y se hará efectiva cuando sea recibida por el Director Regional de la Mejora de la Calidad de Servicios.

Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta Autorización puede ser compartida con organizaciones a las que la ley federal no exige que proteja esta información.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS INFORMATION. I HAVE RECEIVED A COPY OF THIS FORM AND I AM THE CONSUMER OR AUTHORIZED TO SIGN THIS DOCUMENT ON BEHALF OF THE CONSUMER. I HEREBY VERIFY AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF SPECIFIED INFORMATION UNDER THE ABOVE STATED TERMS.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA INFORMACIÓN. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y SOY EL CONSUMIDOR O ESTOY AUTORIZADO A FIRMAR ESTE DOCUMENTO POR CUENTA DEL CONSUMIDOR. POR LA PRESENTE VERIFICO LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA BAJO LOS TÉRMINOS INDICADOS ARRIBA.

Date: (Required)

Fecha: (Obligatorio) _____
(mm/dd/yy)
(mm/dd/aa)

Signature of Individual (Required)
Firma de la persona (Obligatorio)

DDS # :

Please print name
Por favor escriba el nombre en letra

Signature of Individual's
Representative * (Required)
Firma del Representante del
Individuo (Obligatorio)

Please print name
Por favor escriba el nombre en letra

*

*Please explain in the space above the representative's relationship to the consumer and include a description of the representative's authority to act on behalf of the consumer.

*Por favor explique la relación del representante con el consumidor en el espacio arriba e incluya una descripción de la autoridad del representante para actuar de parte del consumidor.