

Connecticut Department of Children and Families
AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION, PHOTO and/or VIDEO IMAGES

Acepto la divulgación de información
DCF-2260-S
11/16 (New)



Yo, _____ (introducir el nombre), por la presente autorizo la divulgación de información fotografías, videos o todos estos medios, con sujeción a las condiciones enumeradas a continuación por el Departamento para su utilización en el ámbito público, de conformidad con las necesidades de la agencia, incluyendo Internet y en la divulgación de información a otras plataformas de medios operadas por individuos fuera del Departamento. Yo, también entiendo que cuando la información se publica en los sitios web del Departamento, las organizaciones externas pueden acceder a esta información y usarla de forma independiente. Esta autorización se aplica y cubre los usos enumerados, pero no se limita a: grabaciones fotográficas, de audio o video, las cuales pueden ser utilizadas para los siguientes propósitos: presentaciones, folletos, cursos educativos, presentaciones informativas, cursos educativos en línea, videos educativos y todas las plataformas de redes sociales del DCF.

Entiendo que no tengo que aceptar esta divulgación de información, pero lo hago con conocimiento y sujeto a las siguientes restricciones (marque todas las afirmaciones que correspondan o "No corresponde"); por la presente, libero, descargo y me comprometo a no demandar al Estado de Connecticut, Departamento de Niños y Familias por cualquier reclamo que surja del uso de la Ejecución, incluyendo, entre otros, cualesquier reclamos de que el CT DCF me haya difamado, invadido mi privacidad o infringido mis derechos morales, derechos de publicidad o derechos de autor. Por la presente renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar cualquier uso de la Ejecución.

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Acepto que se divulgue mi nombre completo	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Acepto a que se divulgue mi nombre SOLAMENTE
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Acepto que se divulgue el nombre completo de mi(s) hijo(s)	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Acepto a que se divulgue el nombre de mi(s) hijo(s) SOLAMENTE
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Acepto que se divulgue el pueblo/la ciudad de residencia de mi familia.	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Acepto permitir que se muestre mi rostro en imágenes o video que se publicarán	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Acepto permitir que se muestre(n) mi(s) hijo(s) en imágenes o video que se publicarán	
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Acepto la divulgación de información sobre mí y mi familia pero sin ninguna información de identificación.	

Entiendo que autorizar el uso o divulgación de esta información es voluntario y no necesito firmar este formulario para recibir servicios. Entiendo que la confidencialidad de mi información está protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad. Concedo al Departamento de Niños y Familias del Estado de Connecticut ("CT DCF") el derecho a copiar, reproducir, fotografiar, distribuir, transmitir, difundir, exhibir, transcribir, digitalizar, mostrar, de derechos de autor, licenciar, transferir, reproducir, traducir, modificar, editar o utilizar de otra manera en todo el mundo, en todos los medios de comunicación ahora existentes y desarrollados en el futuro para propósitos educativos, promocionales u otros que apoyen la misión del CT DCF, de conformidad con mis declaraciones seleccionadas anteriormente. Mi autorización permanecerá vigente a perpetuidad, excepto que conservo el derecho de revocarla en cualquier momento. Entiendo que estos derechos son otorgados al CT DCF y pueden ser utilizados en su totalidad o en parte en cualesquier medios de comunicación sin compensación.

He leído y entendido este acuerdo, y soy mayor de 18 años. Manifiesto y prometo que tengo el derecho legal y el poder de conceder al CT DCF los derechos concedidos anteriormente. Aceptado y acordado por:

<input type="text"/> Nombre y apellidos (en letra molde)	<input type="text"/> Firma	<input type="text"/> Fecha
<input type="text"/> Nombre del padre o tutor, si es menor de 18 años	<input type="text"/> Firma del padre o tutor, si es menor de 18 años	<input type="text"/> Fecha
<input type="text"/> Dirección	<input type="text"/> Ciudad, Estado	<input type="text"/> Código Postal
<input type="text"/> Nombre del fotógrafo	<input type="text"/> Firma del fotógrafo	<input type="text"/> Fecha

STATE OF CONNECTICUT

www.ct.gov/dcf

Este formulario completado y firmado debe ser devuelto a la División Jurídica del DCF, junto con una copia de la información, fotografía o video, o de las tres cosas.