

**Tamamlanan formu ařađıdaki
adrese gönderin:**

Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291



Bilgi Verme İzni

Çalıřan Bilgileri:

Çalışanın Adı:	şikayet Sayısı:
Sosyal Güvenlik Numarası (yalnızca kimlik için):	Dođum Tarihi:

Sağlayıcı:

Sağlayıcının Adı:

Tedaviniz altındayken, durumumla ilgili sahip olabileceğini tüm bilgileri Çalışma ve Sanayi Bakanlığı'na veya temsilcisine vermeniz için izin veriyorum.

Gzlemlerinize ek olarak lütfen řunları da ekleyin:

- Tıbbi yk kayıtları.
- Muayeneler.
- Konsültasyonlar.
- Röntgen raporları.
- Laboratuvar alışmaları.
- Ameliyat ve patoloji raporları.
- Doktorların ve hemşirelerin notları.
- Hastane kayıtları.
- Tanılar.
- Herhangi bir hastalık, yaralanma veya diđer fiziksel durumlarla ilgili reçete veya tedavi bilgileri.

Lütfen tüm tedavi kayıtlarını verin:

Verilecek veriler řunları içerir:

Alkol kullanımı Madde kullanımı HIV/AIDS Psikiyatrik bakım

Ve/veya federal kanunlarca korunan diđer bilgiler.

Çalışma ve Sanayi Bakanlığı'nın şikayetimi yönetebilmesi ve işleyebilmesi için bu kayıtları verdiğimi anlıyorum. Bu kayıtların eyalet kanunu ([RCW 51.28.070](#)) uyarınca gizli olarak ele alınacağını anlıyorum.

Bu izin dilediđim zaman tarafımca geri çekilebilir.

Çalışanın İmzası

Tarih