



Office of the State
Long Term Care
Ombudsman

纽约州长期护理监察专员计划

代表居民行事的许可

我允许监察专员计划解决我的投诉，在需要时查看我的记录，并透露我的身份和/或信息以帮助解决我的投诉。我了解监察专员在向监察员计划之外的任何人透露我的身份和/或信息之前会与我交谈。

居民或居民法定代表人签字

日期

监察专员同时签名

我已获得 _____ 的许可，可以解决他/她的投诉，在需要时查看他/她的记录，并透露他/她的身份和/或信息以帮助解决他/她的投诉。

监察专员

日期