

# 公示发布

事件标题 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

本人理解，穆鲁玛郡可能将我的肖像、姓名或陈述用于讲述故事或向公众通报全县计划。

县政府可通过以下任何方式使用本人的肖像、姓名或陈述：  
照片、视频、录音、电视、网站/社交媒体

本人同意：

- 县政府可随时使用我的肖像、姓名或陈述。
- 县政府可使用我的肖像、姓名或陈述直至 \_\_\_\_\_（日期）。
- 县政府可将我的肖像、姓名或陈述交给另一家媒体供其使用。

本人免除穆鲁玛郡承担因使用本人姓名、肖像或陈述而产生的任何诉讼或损害索赔责任，包括任何诽谤索赔或侵犯隐私索赔。如果本人未满 18 岁，本人父母或法定监护人已代表本人签字并同意本协议条款。

■ 印刷体姓名 \_\_\_\_\_

■ 签名 \_\_\_\_\_

■ 父母/监护人印刷体姓名 \_\_\_\_\_

■ 父母/监护人签名 \_\_\_\_\_

■ 电话 \_\_\_\_\_ ■ 电子邮件 \_\_\_\_\_

# 披露健康信息授权

■ 姓名 \_\_\_\_\_ ■ 出生日期 \_\_\_\_\_

本人授权：

- 穆鲁玛郡卫生部
- 穆鲁玛郡社区司法部
- 穆鲁玛郡老年人、残障人士及退伍军人服务处
- 穆鲁玛郡发育性残障服务处

将本人的姓名、地址、电话号码、肖像或关于本人健康的信息披露给穆鲁玛郡通讯办公室用于讲述故事或告知公众关于全县计划的信息。

...

本人可随时通过写信至上述所列县政府办公室终止此授权。如果本人终止授权，穆鲁玛郡将不再向任何其他人提供本人的信息。一旦县政府向另一方披露本人信息，您可要求另一方停止使用信息，但县政府不能要求另一方停止使用此信息。

本人可以拒绝签署此表格，则上述所列本人信息将不会被披露给通讯办公室。此表格不作为接受治疗、支付治疗费用、参与医疗保险或获取福利资格的条件。

此授权将自下方日期起 10 年后期满。

本人可要求获取此表格的复印件。

■ 签名 \_\_\_\_\_ ■ 日期 \_\_\_\_\_

如果此表格由某人代表另一人（例如未满 18 岁的青少年）签名，请填写下方空白区域：

■ 个人代表姓名（印刷体） \_\_\_\_\_ ■ 双方关系 \_\_\_\_\_

■ 个人代表签名 \_\_\_\_\_