

本人 \_\_\_\_\_ (协议人的姓氏/名字) 自愿同意华盛顿州儿童、青少年和家庭事务服务部(DCYF)及其代表公开本人的姓名、经历、图像、肖像、声音和/或本人提供的图像。

本人理解, 所有由 DCYF 拍摄或代表 DCYF 制作的照片、视频、音频等媒体均归 DCYF 独有, DCYF 保留对相关材料或本人提供的材料进行编辑的权利。本人理解, DCYF 可以通过各类媒体和平台, 包括但不限于社交媒体、DCYF 批准的网站、文章、电视、广播、视频、报纸、杂志、媒体、承包商和出版物, 出于沟通和营销目的分享该材料, 时限为二十年。

本人理解, 本人有权随时撤销本同意(WAC 110-01-0205)。

本人理解, 授权本同意不会获得任何报酬。

如果协议人已年满 18 岁			
签名	日期	电话	电子邮箱
如果协议人是 12-18 岁的未成年人且享有法律自由:			
签名	日期		
如果协议人是未成年人			
家长姓名	如果未获得家长同意, 是否有法院命令? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 法院命令发出日期: <i>经养父母与亲属照顾者同意的, 不予认可。</i>		
家长签名	日期	电话	电子邮箱

### 内部规定

- DCYF 的工作人员在代表 DCYF 进行通讯或营销活动时, 必须先获得通讯办公室的许可, 才能拍摄照片、视频和音频。
- DCYF 的工作人员必须将照片、视频和音频记录连同已签名的弃权声明一同提交到通讯办公室: [dcyf.commsupport@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.commsupport@dcyf.wa.gov)。