FREEDOM OF INFORMATION ACT
5 ILCS 140/1 et seq.
Effective January 1, 2023

The Will County Health Department and the Community Health Center are dedicated to servicing the citizens of Will County and will meet the obligation to provide quality patient care as well as friendly, accurate and efficient service to all our customers.

Will County Health Department FOIA Officers

Mary Kilbride
E-mail: foia@willcountyhealth.org
Telephone: (815) 740-8982
Fax: (815) 727-8484

Cynthia Jackson
E-mail: foia@willcountyhealth.org
Telephone: (815) 727-8824
Fax: (815) 727-8484

Office Location

Will County Health Department
501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433
Telephone: (815) 740-8982
Website: www.willcountyhealth.org

Freedom of Information Act Requests

Although Freedom of Information Act requests may be submitted via facsimile and email, the office encourages the public to submit their requests via U.S. mail, hand delivery or courier to the following address: Will County Health Department, 501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433, attention: Mary Kilbride or Cynthia Jackson.

Fees: Pursuant to the Freedom of Information Act, the Will County Health Department will charge the following fees. If a specific fee is set by statute, the statutory fee will be charged.

Black and White copies (legal or letter size): No fee for the first 50 pages, $0.15 for each additional printed page.

Color copies: 8 ½ x 11 One-sided $0.15 per print – Two-sided $0.25 per print
8 ½ x 14 One-sided $0.15 per print – Two-sided $0.26 per print
11 x 17 One-sided $0.16 per print – Two-sided $0.27 per print

Non-standard sized copies or those that must be commercially reproduced – actual cost per copy.

For additional information visit: www.illinoisattorneygeneral.gov

Scan QR Code for FOIA Form

Will County Health Department & Community Health Center

Will County Health Department
Freedom of Information Act (FOIA) Request Form

Will County Health Department & Community Health Center

Mail to: Will County Health Department, 501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433
Fax to: (815) 740-8974 Email to: foia@willcountyhealth.org

Date Received: _____ Office: _____ Due Date: _____

The office will respond to a request for public records within five (5) business days after its receipt. If your request is denied, you may appeal. **Note to Requestor**: Retain a copy of this request for your files. If you eventually need to file a Request for Review with the Public Access Counselor, you will need to submit a copy of your FOIA request. For additional information, visit: www.illinoisattorneygeneral.gov

PLEASE PRINT:

Requestor's Name: _____

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Telephone: _____ **Fax:** _____ **Email:** _____

Requested by: _____**In Person** _____**Email** _____**U.S. Mail** _____**Fax** _____**Telephone**

Records requested (Provide as much specific detail as possible to identify the information that you are seeking. Please include property pin number if needed information for a particular property. You may attach additional pages or use the other side of this page, if necessary):

_____

_____

_____

Indicate inspection/copy of records: ☐**Inspection** ☐**Copy** **Is this request for a Commercial Purpose?** ☐**Yes** ☐**No**
(It is a violation of the Freedom of Information Act for a person to knowingly obtain a public record for a commercial purpose without disclosing that it is for a commercial purpose, if requested to do so by the public body. 5 ILCS 140.3.1(c)).
Signature of Requestor: _____
If possible, do you wish to receive response via email: ☐**Yes**☐**No**

FOR OFFICE USE ONLY:

Response: _____ **No Information:** _____

Responder: _____ **Date:** _____ **Information Given to Client:** ☐**Yes** ☐**No**

Records available: ☐**Yes** ☐**No** **Copies Made:** ☐**Yes** ☐**No** **Number of Copies:** _____ **Copies Given to Client:** ☐**Yes** ☐**No**

Denied/reason: _____

_____

_____

Fees: Pursuant to the Freedom of Information Act, the Will County Health Department will charge the following fees. If a specific fee is set by statute, the statutory fee will be charged.

Black and White copies (legal or letter size): No fee for the first 50 pages, $0.15 for each additional printed page.
Color copies:

- 8 ½ x 11 One-sided $0.14 per print – Two-sided $0.25 per print
- 8 ½ x 14 One-sided $0.15 per print – Two-sided $0.26 per print
- 11x17 One-sided $0.16 per print – Two-sided $0.27 per print

Non-standard sized copies or those that must be commercially reproduced – actual cost per copy.
This is to certify that a fee of $_____**was paid by**_____**on**_____**for**_____**copies.**

Comments: _____

_____

(if needed, please use other side for additional information)

LEY DE LIBERTAD DE LA INFORMACIÓN
5 ILCS 140/1 et seq.
Vigente desde el 1 de enero de 2023

El Departamento de Salud del Condado de Will y el Centro Comunitario de Salud se comprometen a servir a los ciudadanos del condado de Will y cumplen con la obligación de brindar una atención de calidad a los pacientes, así como un servicio amable, preciso y eficaz a todos los clientes.

Funcionarios de FOIA del Departamento de Salud del Condado de Will

Mary Kilbride
Correo electrónico: foia@willcountyhealth.org
Teléfono: (815) 740-8982
Fax: (815) 727-8484

Cynthia Jackson
Correo electrónico: foia@willcountyhealth.org
Teléfono: (815) 727-8824
Fax: (815) 727-8484

Ubicación de la oficina

Will County Health Department
501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433
Teléfono: (815) 740-8982
Sitio web: www.willcountyhealth.org

Solicitudes de la Ley de Libertad de la Información

Si bien las solicitudes de la Ley de Libertad de la Información (FOIA) pueden enviarse por fax y correo electrónico, la oficina recomienda al público enviar las solicitudes por correo postal de EE. UU., entregarlas en mano o mediante un servicio de mensajería a la siguiente dirección: Departamento de Salud del Condado de Will, 501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433, a la atención de: Mary Kilbride o Cynthia Jackson.

Tarifas: De conformidad con la Ley de Libertad de la Información, el Departamento de Salud del Condado de Will cobrará las siguientes tarifas. Si una tarifa en particular está establecida por ley, se cobrará la tarifa fijada por ley.

Copias en blanco y negro (tamaño legal o carta): Las primeras 50 páginas son sin cargo; se cobra $0,15 por cada página impresa adicional.

Copias a color: 8 ½ x 11 un lado: $0,15 por impresión; dos lados: $0,25 por impresión
8 ½ x 14 un lado: $0,15 por impresión; dos lados: $0,26 por impresión
11 x 17 un lado: $0,16 por impresión; dos lados: $0,27 por impresión

Copias de tamaño no estándar o las que deben reproducirse comercialmente: costo actual por copia.

Para obtener información adicional, visite: www.illinoisattorneygeneral.gov

Escanee el código QR para acceder al formulario de FOIA

Will County Health Department & Community Health Center

Will County Health Department & Community Health Center

Departamento de Salud del Condado de Will
Formulario de solicitud de la Ley de Libertad de la Información (FOIA)

Correo postal: Departamento de Salud del Condado de Will, 501 Ella Avenue, Joliet, IL 60433
Fax: (815) 740-8974 Correo electrónico: foia@willcountyhealth.org

Fecha en que recibimos_____Oficina:_____Fecha de vencimiento:_____

La oficina responderá a las solicitudes de registros públicos en un plazo de cinco (5) días hábiles desde su recepción. Puede apelar en caso de que se rechace su solicitud. **Nota para el solicitante:** Conserve una copia de esta solicitud para su archivo. Si más adelante necesita presentar una solicitud de revisión ante el asesor de acceso público, deberá enviar una copia de su solicitud de FOIA. Para obtener información adicional, visite: www.illinoisattorneygeneral.gov

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE:

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____**Fax:** _____ **Correo electrónico:** _____

Medio de solicitud: _____ **En Persona:**_____**Correo electrónico:** _____**Correo postal de EE. UU**_____ **Fax** _____ **Teléfono** _____

Registros solicitados (Proporcione los detalles más específicos posibles para identificar la información que busca por favor. Incluya el número PIN de la propiedad si necesita información sobre una propiedad específica. Puede adjuntar páginas adicionales o usar el reverso de esta página, de ser necesario):

_____

_____

_____

Indicar inspección/copia de registros: ☐**Inspección** ☐**Copia** **¿Esta solicitud tiene un fin comercial?** ☐**Sí** ☐**No**
(Es una infracción a la Ley de Libertad de la Información que una persona obtenga deliberadamente un registro público para un fin comercial sin informar dicho fin, en caso de que el organismo público le solicite tal información. 5 ILCS 140.3.1(c)).
Firma del solicitante: _____
De ser posible, ¿le gustaría recibir una respuesta por correo electrónico?: ☐**Sí** ☐**No**

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Respuesta: _____ **Sin Información:** _____

Persona que responde:_____ **Fecha:** _____ **Información proporcionada al cliente:** ☐**Sí** ☐**No**

Registros disponibles: ☐**Sí** ☐**No** **Copias hechas:** ☐**Sí** ☐**No** **Cantidad de copias:**_____**Copias proporcionadas al cliente:** ☐**Sí** ☐**No**

Rechazado/motivo: _____

_____

_____

Tarifas: De conformidad con la Ley de Libertad de la Información, el Departamento de Salud del Condado de Will cobrará las siguientes tarifas. Si una tarifa en particular está establecida por ley, se cobrará la tarifa fijada por ley.

Copias en blanco y negro (tamaño oficio o carta): Las primeras 50 páginas son sin cargo; se cobra $0,15 por cada página impresa adicional.
Copias a color:

- 8 ½ x 11 un lado: $0,14 por impresión; dos lados: $0,25 por impresión
- 8 ½ x 14 un lado: $0,15 por impresión; dos lados: $0,26 por impresión
- 11x17 un lado: $0,16 por impresión; dos lados: $0,27 por impresión

Copias de tamaño no estándar o las que deben reproducirse comercialmente: costo efectivo por copia.
Por la presente se certifica que se recibió la suma de $ _____ **por parte de** _____ **el** _____ **para** _____ **copias.**

Comentarios: _____

_____

(De ser necesario, utilice el reverso para agregar información adicional)