



Instrucciones del Formulario de autorización para divulgar información privada de la asistencia social

Debido a la promulgación de la Ley del Derecho a la Privacidad, le pido que llene y firme este formulario autorizándome a mí y a mi personal a obtener la información necesaria para responder a su solicitud de asistencia. Solo se obtendrá la información que esté directamente relacionada con el problema que usted presentó a mi oficina. Esta autorización es válida hasta por un año después de la fecha que figura en este formulario.

Nota: Las consultas pueden ser realizadas por la persona o por el cónyuge sobreviviente. Para el resto de los familiares directos (hijos, hermanos) o cualquiera que actúe legalmente en nombre de la persona, es necesario presentar una autorización, como un poder notarial, para poder recibir asistencia.

Nombre completo

Full Name

Número de seguro social

Social Security Number

Fecha de nacimiento

Date of Birth

Dirección

Street Address

Ciudad

City

Estado

State

Código postal

Zip Code

Correo electrónico

Email Address

Número de teléfono

Phone Number

¿Con qué agencia federal necesita ayuda?

Federal Agency Involved

¿Tiene ya un número de expediente o de reclamo?

Case or Claim Number (if applicable)

Naturaleza del problema: **Escriba a continuación una descripción de la naturaleza de su problema y la ayuda que solicita.**

Firma

Signature

Fecha

Date