



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

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

Fecha de nacimiento

Social Security Number

Date of Birth

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Street Address

City

State

Zip Code

Correo electrónico

Número de teléfono

Email Address

Phone Number

Oficina que brinda el servicio

Fechas de servicio

Branch of Service

Dates of Service

Última unidad y lugar de servicio conocidos

Last Known Unit and Duty Station

¿Con qué necesita ayuda?

Specific Assistance Needed

Are you a Veteran? (Marque con un círculo) SÍ o NO

Si usted no es el veterano, indique la siguiente información:

Nombre completo

Relación con el veterano

Full Name

Relationship to Veteran

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Social Security Number

Date of Birth

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Street Address	City	State	Zip Code
Correo electrónico		Número de teléfono	
Email Address		Phone Number	
Firma		Fecha	
Signature		Date	