



Congresswoman Tammy Baldwin

Representing Wisconsin's Second Congressional District

PRIVACY ACT RELEASE

(Versión bilingüe)

Name/Nombre: _____
Address/Dirección: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____
Zip Code/Código Postal: _____
Phone (home)/Teléfono (casa): () - _____
Phone (work)/Teléfono (trabajo): () - _____
Social Security Number/Número de Seguro Social: _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Please specify if this matter involves any of the following:

Especifique las agencias implicadas en el asunto:

- Dept. of State Visa/Depto. de Estado Visado**
Country of origin/País de origen: _____
Case #/ Número de caso: _____
- USCIS/ Servicio de Inmigración y Naturalización**
Alien Identification (A#)/ No. de registro de extranjeros: _____
Receipt Number /No. de recibo _____
- VA disability claim/ Reclamación de beneficios de Depto. de Asuntos de Veteranos**
Claim/service#/ No. de reclamación/servicio: _____
- Military/ Fuerzas Armadas**
Rank, Complete unit designation, branch of service /Rango, designación completa de unidad, cuerpo de servicio: _____

Federal Agency Involved/ Agencia federal implicada: _____

Description of the Problem/Descripción del problema: _____

I hereby authorize U.S. Representative Tammy Baldwin and her staff to act on my behalf and to receive and exchange information from the appropriate officials regarding the above matter.

Autorizo que la Congresista Tammy Baldwin y su personal actúen por mi parte y revelen u obtengan información de los oficiales apropiados sobre el asunto descrito por arriba.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____