

FORMA DE CONSENTIMIENTO

INFORMACIÓN DEL CONSTITUYENTE      FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_      # DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_      OTRO # DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      TELEFONO: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

CLASE DE BENEFICIOS QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

EN QUE OFICINA PRESENTO SU SOLICITUD? \_\_\_\_\_

Si la cuenta no está a su nombre, escriba nombre y # de cuenta de la persona por la que usted está solicitando:

NOMBRE \_\_\_\_\_      # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

Describa brevemente el problema o solicitud (use el reverso de esta hoja si es necesario):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo solicito que el Senador de Estados Unidos Evan Bayh:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AUTORIZACION DEL CONSTITUYENTE

Estoy informado que el Acta de Privacia de 1974 prohíbe el dar información personal sin mi consentimiento oral o escrito. Por la presente autorizo al Senador de Estados Unidos Evan Bayh, o al personal asignado por él, a pedir información en mi representación a \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_      Fecha \_\_\_\_\_

Esta solicitud debe de ser firmada por el constituyente arriba mencionado o por el representante legal y enviarla al Senador de Estados Unidos Evan Bayh, a 1650 Market Tower Street, Indianapolis, IN 46204 Tel (317)554-0750. Fax # (317) 554-0760.

Nombre y dirección del Guardian: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Inter-Office Information:

Office Contacted: \_\_\_\_\_ Call/Visit \_\_\_\_\_ Staff Member \_\_\_\_\_