



U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES

CONGRESSMAN ALAN GRAYSON



9TH CONGRESSIONAL DISTRICT OF FLORIDA

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

The **PRIVACY ACT of 1974** requires that written consent be obtained from a Constituent before information from federal agency records can be disclosed. In order for Congressman Grayson to conduct an inquiry on your behalf, you must complete and sign the following statement. **IMPORTANT: If you are inquiring on behalf of another individual, that individual must sign this release.**

*La Ley de Privacidad de 1974 requiere que obtengamos consentimiento del Constituyente por escrito antes de que una agencia federal pueda divulgar cualquier información de sus archivos. Para que el congresista Grayson pueda investigar a nombre suyo, usted tiene que completar y firmar este formulario. **IMPORTANTE: Si usted está inquiriendo a nombre de otra persona, esa persona tiene que firmar este formulario.***

MR. (Sr.) **MRS. (Sra.)** **MS. (Srta.)** **DR.** (Please PRINT / Por favor use **LETRA DE MOLDE**)

<i>Your Full Name: LAST, FIRST, Middle Initial (Nombre Completo: APELLIDO, NOMBRE, Inicial)</i>	<i>Date of Birth: (Fecha de Nacimiento) (mm/dd/yyyy)</i>
<i>Street Address: (Dirección)</i>	<i>Social Sec. No.: (Núm. de Seguro Social)</i>
<i>City / State / Zip (Ciudad / Estado / Código Postal)</i>	<i>Main Number: (Núm. de Teléfono Principal)</i>
<i>Email Address: (Correo electrónico)</i>	<i>Other Phone: (Otro Teléfono)</i>

Federal Agency Information (Please provide any of the following and all recent, relevant correspondence)

Información sobre Agencia Federal (Por favor provea cualquier información relevante incluyendo toda correspondencia reciente que haya recibido)

Military / Veterans Administration (Militar/Veteranos)		Social Security Administration (Seguro Social)	
Type of Claim: (Tipo de Reclamación)		Type of Claim: (Tipo de Reclamación)	
Sponsor ID No.: (Núm. del Patrocinador)		Date Filed: (Fecha Sometida)	
Rank / Unit: (Rango/Unidad)		Status: (Estatus) (Check one)	
Duty Station: (Estación de Servicio)		<input type="checkbox"/> Initial Claim (Reclamación Inicial)	<input type="checkbox"/> A L J Hearing (Vista Administrativa)
ID No.: (Núm. de Identificación)		<input type="checkbox"/> Reconsideration (Reconsideración)	<input type="checkbox"/> Appeals Council (Apelación)
Immigration (Inmigración)		Financial / Consumer Protection (Protección al Consumidor)	
Type of Application: (Tipo de Aplicación)		Type of Loan: (Tipo de Préstamo)	
Place of Birth: (Lugar de Nacimiento)		Loan No.: (Núm. de Préstamo)	
Alien Reg. No.: (Núm. de Inmigrante)		Financial Institution: (Institución Financiera)	
Receipt No.: (Núm. de Recibo)			

What resolution are you seeking? (¿Qué resolución busca?) (Use a separate sheet of paper if more space is needed)

Esta parte del formulario tiene que ser escrita en INGLES debido a que las agencias federales solo aceptan declaraciones en inglés.

How did you hear about us? <i>¿Cómo escuchó de nosotros?</i>	<input type="checkbox"/> Online <i>(Internet)</i>	<input type="checkbox"/> Mail <i>(Correo)</i>	<input type="checkbox"/> Event <i>(Evento)</i>	<input type="checkbox"/> TV/Radio <i>(TV/Radio)</i>	<input type="checkbox"/> Referral <i>(Referido)</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>(Otro:)</i> _____
--	--	--	---	--	--	---

I hereby authorize Congressman Alan Grayson and his representatives to make inquiries into my personal records and files, and to obtain information about me pertaining to this request for assistance. *Por la presente autorizo al congresista Alan Grayson y a sus representantes a investigar mis archivos personales y a obtener información sobre mi pertinente a esta solicitud de asistencia.*

Print Constituent's Name (Nombre del Constituyente)

Constituent's Signature (Firma del Constituyente)

Date (Fecha)

RETURN TO (Envíelo a): CONGRESSMAN ALAN GRAYSON, Attn: CONSTITUENT SERVICES

5842 S. Semoran Boulevard, Orlando, FL 32822 | Fax: (407) 615-8890 | ConstituentServices.Grayson@mail.house.gov