

Office of Congresswoman Katie Porter
Oficina de la Congreista Katie Porter

Privacy Release Form / Formulario de Liberación de Privacidad
Authorization in Accordance with the 1974 Privacy Act /
Autorización de Acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974



Name / Nombre: _____

Place & Date of Birth / Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Address / Dirección de Hogar: _____

City / Ciudad: _____ **State / Estado:** _____ **Zip code / Código Postal:** _____

Home Phone / Teléfono de Casa: (_____) _____

Other Phone / Otro Teléfono: (_____) _____

Email / Dirección de Correo Electrónico: _____

Social Security Number / Número de Seguro Social: _____

Branch of Service / Rama de Servicio: _____

Years of Service / Años de Servicio: _____

V.A. Claim Number / Numero de reclamación del V.A.: _____

Have you contacted any other elected official regarding this case? / ¿Está en contacto con algún otro funcionario electo con respecto a este caso?

Yes / No (circle one) / Sí / No (escoja uno) If so, who? / Si es así, ¿quién?

Have you contacted any federal agency regarding this case? / ¿Está en contacto con agencia del gobierno federal con respecto a este caso?

Yes / No (circle one) / Sí/No (escoja uno) If so, who?/ Si es así, ¿quién?

Please describe the specific information you are requesting or the exact nature of the problem you are experiencing and how my office can assist you. Send copies of any relevant information. (DO NOT SEND ORIGINALS). Use extra paper if necessary.

Por favor, describa la información específica que solicita o la naturaleza exacta del problema que tiene y como mi oficina puede ayudarlo. Use papel extra si es necesario. Envíe **copias** de cualquier información que sea relevante. (POR FAVOR NO ENVÍE ORIGINALES).

Describe the outcome you would like to see. /Describa el resultado que le gustaría ver.

Note: The Privacy Act requires the completion of this form in order for Congresswoman Katie Porter or her representative to receive information on behalf of her constituents. I hereby authorize Congresswoman Katie Porter or her representative to receive information on my behalf and/or to discuss my records with the agency involved.

Nota: La Ley de Privacidad requiere que se complete este formulario para que la Congresista Katie Porter o su representante reciban información en nombre de sus electores. Por la presente, mi firma autoriza a la Congresista Katie Porter o su representante a recibir información en mi nombre y / o a discutir mis registros con la agencia involucrada.

SIGNATURE/FIRMA: _____

DATE/FECHA: _____