_____
(nombre de asistente social)
729 NE Oregon St., Ste. 115
Portland, OR 97232
Tel: 503-231-2300
Fax: 503-230-5413 / 503-236-6559

La información en esta forma será mantenido seguramente por la Oficina de Representante Blumenauer.

A Quienquiera corresponda: Fecha: _____

Soy consciente de que la Ley de Privacidad de 1974 prohibe la divulgación de la información en mi ficha sin mi consentimiento. Yo les autorizo el Representante Earl Blumenauer y su personal a recibir información en mi nombre.

Por favor, un resumen de su problema:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
(Firma)

_____
(Nombre)

_____
(SS# Número de Seguro Social)

_____
(Fecha de Nacimiento)

_____
(Dirección)

_____
(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

_____
(Número de Teléfono)

_____
(Dirección de Correo Electrónico)

Si quiere que nuestra oficina comparta información sobre su pleito con un miembro de su familia, amigo, abogado u otra persona, por favor escriba su(s) nombre(s):

Yo autorizo _____
a recibir información de la Oficina de Representante Blumenauer que se refiere a mi ficha.