CONSENTIMIENTO PARA OBTENER INFORMACION PERSONAL

DIVISION OF FAMILY & CHILDREN

Fecha:_____

De acuerdo al Acta de Prácticas de Información Justa (Fair Information Practices Act), por la presente autorizo al Senador de Estados Unidos Evan Bayh, o a la persona designada por él, para pedir información a mi nombre a la Administración de Familias y Servicios Sociales del Estado de Indiana, Division de Familias y Niňos (Indiana State Division of Family and Children of the Family and Social Services Administration),y le sea entregada la información que el Senador solicite.

_____

Firma del individuo a quien pertenece la información

Por favor envíe el consentimiento al:
Senador de Estados Unidos Evan Bay
1650 Market Tower
10 West Market Street
Indianapolis, IN 46204
(317)

Nombre_____
(Letras de molde)

Dirección_____

_____

de S.S. _____

_____

del caso y tipo de asistencia que se solicitó (estampillas para alimentos, medicaid, TANF, etc)

_____

Condado en que aplicó a la División de Familia y Niňos

Describa el problema:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Inter-Office Information

Office Contacted:_____Call/Visit_____ Staff Member_____