MARIO DIAZ-BALART
25TH DISTRICT, FLORIDA
APPROPRIATIONS COMMITTEE
SUBCOMMITTEES:
TRANSPORTATION, HOUSING AND URBAN DEVELOPMENT, AND RELATED AGENCIES
CHAIRMAN
STATE, FOREIGN OPERATIONS, AND RELATED PROGRAMS
DEFENSE
BUDGET COMMITTEE
ASSISTANT WHIP
CONGRESSIONAL HISPANIC CONFERENCE
CHAIRMAN

Congress of the United States
House of Representatives
Washington, DC 20515–0925

440 CANNON HOUSE OFFICE BUILDING
WASHINGTON, DC 20515
(202) 225–4211
FAX: (202) 225–8576

DISTRICT OFFICES:
8669 N.W. 36TH STREET
SUITE 100
DORAL, FL 33166
(305) 470–8555
FAX: (305) 470–8575

4715 GOLDEN GATE PARKWAY
SUITE ONE
NAPLES, FL 34116
(239) 348–1620
FAX: (239) 348–3569

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, mi oficina necesita su autorización por escrito para poder ayudarle. Dicha ley fue hecha para proteger sus derechos de privacidad. Por favor tenga la bondad de llenar, firmar ó enviar este formulario a mi oficina. Tan pronto lo reciba, podre iniciar las gestiones con las agencias federales correspondientes.

NOMBRE:_____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____
(mes, día, año)

DIRECCION:_____

CIUDAD:_____ **ESTADO:**_____ **CODIGO POSTAL:**_____

TELEFONO_____ **CELULAR**_____ **OTRO TELEFONO**_____

SEGURO SOCIAL#_____ **VETERANO#**_____
(si aplica) (si aplica)

 # RESIDENCIA O A#_____ **CIUDADANO (SI/NO)** _____ **PAIS DE NACIMIENTO**_____
(si aplica)

CORREO ELECTRONICO_____

Quiere recibir información periódica del Congresista? Si_____ **No**_____
Usted ó algun miembro de su familia ha contactado alguna otra oficina congresional referente a su caso?

Qué oficina?_____

Por favor explique su problema brevemente y la ayuda que solicita:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Yo, _____, autorizo al Congresista Mario Díaz-Balart y a su personal para trabajar en mi nombre con cualquier agencia federal relevante para el asunto descrito anteriormente, para recibir y revisar cualquier información en mi archivo y, si es necesario, remitir cualquier correspondencia pertinente enviada por mí con respecto a este asunto.

Yo_____, autorizo a_____para obtener cualquier información referente a mi caso.

FIRMA:_____ **FECHA:**_____

*****La grabación de audio o video en la oficina está estrictamente prohibido*****