

Congress of the United States  
House of Representatives  
Washington, DC 20515-0553

**CASEWORK AUTHORIZATION FORM**

**FORMA PARA TRABAJO DE CASOS Y AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD**

I authorize \_\_\_\_\_ (Federal Agency with which you need help) to release personal information to Congresswoman Sara Jacobs, United States Representative. In accordance with the Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552), I hereby authorize Congresswoman Jacobs, or a designated member of her staff, to inquire with the appropriate federal agencies stated in this authorization form to provide assistance or to resolve the matter described below. Under penalty of perjury, I certify that I provided or authorized all of the information in this privacy release and any document submitted with it and that all of this information is complete, true, and correct.

*De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552), autorizo que la congresista Sara Jacobs o un miembro designado de su oficina investigue con las agencias federales correspondientes e indicadas abajo para proveer asistencia o para resolver el asunto descrito a continuación.*

Signature/ Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_

**To begin processing your case, please complete all of the following information/ Para comentar su caso, tiene que dar la informacion indicada (solo en inglés):**

Preferred Gender Pronoun(s)/ Prenombre de género preferido: \_\_\_\_\_

First Name/ Nombre: \_\_\_\_\_

Middle Name/ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_

Date of Birth/ Día de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Social Security #/ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Street Address/ Domicilio: \_\_\_\_\_

City/ Ciudad, State/ Estado, Zip/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email/ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Home Phone/ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Mobile Phone/ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Preferred Method of Contact/ Método de contacto preferido: \_\_\_\_\_

**Briefly explain the specific action that you are seeking from our office\*** (Continue on back if necessary):

*¿Cuál(es) acción(es) desea de nuestra oficina? (Continuar hacia atrás si es necesario. Es necesario que esto este escrito en inglés):*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Also include the following information if relevant/ *Incluya también la siguiente información se es relevante:*

**IMMIGRATION/ Inmigración**

Alien/ Extranjera #: \_\_\_\_\_

Form/ La Cédula #: \_\_\_\_\_

Date Filed/ Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

USCIS Receipt/ Los Recibí #: \_\_\_\_\_

Embassy Case/ Caso de la Embajada #: \_\_\_\_\_

Place of Birth/ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**MILITARY/VETERANS / Militar/Veteranos**

Branch of Service/ Rama de servicio: \_\_\_\_\_

Rank/ Clasificación: \_\_\_\_\_

VA File/ El Expediente # \_\_\_\_\_

Date of Entry/ Fecha de Entrada: \_\_\_\_\_

Date of Separation/ Fecha de Separación: \_\_\_\_\_

**Please sign & return this form to one of the following offices/  
Por favor firmar & devolver esta forma a una de las siguientes oficinas:**

San Diego County District Office  
3465 Camino del Rio S, Suite 350  
San Diego, CA 92108

Phone/Teléfono: (619) 280-5353 | Fax/ Máquina de Fax: (619) 280-5311

[illegible]