



Office of Representative Delia C. Ramirez

Digital Privacy Release Form

Complete the form below to request help with a Federal Agency. When complete, submit it to our office for assistance.

Provide Applicable Identifying Information

Agency Involved: Immigration and Customs Enforcement (ICE)

Prefix	First Name*	Middle Initial*	Last Name*	Suffix
_____	_____	_____	_____	_____

Date of Birth *

Email Address *

Secondary Email Address*

Phone Number*

Secondary Phone Number

Address Line 1or P.O. Box *

Address Line 2

City*

County*

State*

Zip Code*

PERSON HELD IN CUSTODY INFORMATION

Page 2 of 2

First Name*	Middle Initial*	Last Name*	Suffix
_____	_____	_____	_____
Date of Birth *	Country of Birth*	Alien Number (If available)	
_____	_____	_____	

Do you have legal representation?

☐ Yes Contact Information: Name: _____ Phone/Email: _____

☐ No

Have you contacted another Congressional or the U. S. Senator's office? *

☐ Yes Which office? _____ When? _____ ☐ No

YOUR REQUEST

Please explain your request: *

Constituent Authorization

To be able to assist you, we must have a signed privacy release form that clearly outlines your problem and the remedy you are seeking. By checking the box below, you are giving our office permission to look into the matter on your behalf. Please make sure to attach below any relevant identifying information and supporting documents which relate to your inquiry.

☐ I hereby request the assistance of the Office of Representative Delia C. Ramirez to resolve the matter described below. I authorize the Office of Representative Delia C. Ramirez to receive any information that they might need to provide this assistance. The information I have provided to the Office of Representative Delia C. Ramirez is true and accurate to the best of my knowledge and belief. The assistance I have requested from the Office of Representative Delia C. Ramirez is in no way an attempt to evade or violate any federal, state, or local law.

☐ I am filling out this form for myself only, not family, friends, or others.

Signature**Date**



Oficina de la Representante Delia C. Ramírez

Formulario de autorización de privacidad digital

Complete el formulario a continuación para solicitar ayuda con una agencia federal. Cuando lo complete, envíelo a nuestra oficina para recibir asistencia.

Proporcionar información de identificación aplicable

Agency Involved: Immigration and Customs Enforcement (ICE)

Titulo	Primer Nombre*	Segundo Nombre*	Apellidos*	Sufijo
_____	_____	_____	_____	_____

Fecha de nacimiento *

Correo Electronico *

Correo Electronico adicional

Numero de telefono*

Numero de telefono adicional

Direccion o P.O. Box *

Apartament/unicidad

Ciudad*

Condado*

Estado*

Codigo Postal*

INFORMACION DE LA PERSONA EN CUSTODIA

Page 2 of 2

Nombre*	Segundo nombre*	Apellido*	Sufijo
_____	_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento *	Pais de nacimiento*	Numero de Alien (A#) (Si esta disponible)	
_____	_____	_____	

¿Tiene usted representación legal?☐ Si Información de contacto: Nombre _____ Telefono/Email: _____☐ No**¿Se ha puesto en contacto con otro miembro del Congreso o con la oficina del senador estadounidense?***☐ Si ¿Qué oficina? _____ ¿cuando? _____ ☐ No**SU SOLICITUD**

Por favor explique su solicitud: *

Autorización Constituyente

Para poder ayudarlo, debemos tener un formulario de autorización de privacidad firmado que describa claramente su problema y la solución que busca. Al marcar la casilla a continuación, le otorga permiso a nuestra oficina para que investigue el asunto en su nombre. Asegúrese de adjuntar a continuación cualquier información de identificación relevante y documentos de respaldo relacionados con su consulta.

____ Por la presente solicito la ayuda de la Oficina de la Representante Delia C. Ramírez para resolver el asunto que se describe a continuación. Autorizo a la Oficina de la Representante Delia C. Ramírez a recibir cualquier información que pueda necesitar para proporcionar esta ayuda. La información que he proporcionado a la Oficina de la Representante Delia C. Ramírez es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. La ayuda que he solicitado a la Oficina de la Representante Delia C. Ramírez no es de ninguna manera un intento de evadir o violar ninguna ley federal, estatal o local.

____ Estoy completando este formulario sólo para mí, no para mi familia, amigos u otras personas.

Firma**Fecha**
