# AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS (SPANISH)

FECHA: [TODAYS DATE]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RE: [CLIENT’S NAME]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZACION DE SUMINISTRAR ARCHIVOS

Yo, [CLIENT’S NAME]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por el presente autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a suministrar todos los reportes e información acerca [CLIENT’S NAME]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

que mi nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social está escrito arriba, a La Sociedad de Asistencia Legal del Distrito de Columbia, o cualquier de sus agentes y/o empleados, para inspeccionar los arriba-descrito archivos, y para hacer o recibir copias de cualquier documento encontrado allí adentro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [TODAY’S DATE]\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de cliente Fecha

Envía toda la correspondencia a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Sociedad de Asistencia Legal del Distrito de Columbia

1331 H Street, NW, Suite 350

Washington, DC 20001-4589

(202) 628-1161