



Congressional Casework Authorization Form

민원신청을 위한 개인정보 양도 양식

Mr. / Ms. First Name (이름): _____ Last Name (성): _____

Address (주소): _____

City (시): _____ State (주): _____ Zip (우편번호) _____

Phone (H) 집 전화: _____ Phone (C) 휴대 전화: _____

Date of Birth (생년월일-DD/MM/YYYY): _____ Birthplace (출생지): _____

Email (이메일): _____ Social Security # _____

Agency Case # (해당 케이스 번호): _____

I hereby request assistance in the following federal matter: 민원요청분야

() Social Security/Medicare (소셜시큐리티/메디케어)

() Veterans Administration (재향 군인) C#, CSS#, LHG#: _____

() Military (군사) Branch/Service#: _____

() Immigration & Naturalization (이민/시민권) Alien(영주권)#: _____

() Other Federal Agency (기타) _____

Please summarize in a few sentences exactly what you want us to do for you. Please be specific.
요청하시는 민원 내용을 정확히 구체적으로 설명 해주세요 .

Please sign below to permit information from your file to be given to any agency deemed necessary. The Privacy Act of 1974 (PL 93-579) requires that you authorize access to your private records. Without your authorization, an inquiry on your behalf will not be possible.
귀하의 파일에 있는 정보가 필요하다고 간주되는 관련 기관에 제공될 수 있도록 아래 서명란에 서명을 해주십시오. 신청자 개인 정보에 접근하기 위해서는 개인정보 보호법에 의해 신청자의 서명이 요구되며 본인의 서명 없이는 도와드릴 수가 없습니다. 감사합니다.

Signature (서명) _____ Date (날짜) _____

When this form is printed and signed, please send it to Francis.Hur@mail.house.gov

민원 신청 양식을 작성, 서명하신 후 상기 이메일 주소로 보내주시기 바랍니다.