



DEPARTMENT OF THE TREASURY
Financial Management Service

Autorización para divulgar Información

Fax donde debe enviar documento: (855) 292-9700

1. Para: Departamento Del Tesoro, Servicio de Manejo Financiero (FMS)

DE:

<i>Nombre:(Alias o nombres anteriores)</i>	<i>Dirección Postal:(calles, P O Box, ciudad, Estado y código postal)</i>	
Número de Seguro Social o Número de Identificación Tributario	Número de Teléfono	Número de Fax

2. Yo autorizo empleados , agentes y contratistas de (FMS) a divulgar información a persona asignada abajo:

REPRESENTANTE:

Nombre del Representante:	<i>Dirección Postal:(calles o box, ciudad, Estado y código postal)</i>	
Nombre de Compañía: (opcional):	Número de Teléfono	Número de Fax

cualquier y toda la información relacionada con la deuda contraída por el Gobierno de los Estados Unidos, a un Estado, o de cualquier deuda forzada de un Estado, incluyendo obligaciones de la ayuda del niño y/o los pagos realizados a mí por una agencia federal o estatal, y/o cualquier devolución de información revelada a FMS por parte del Servicio de Impuestos Internos con el fin de recaudar los impuestos a través de la tasa de deuda en 26 U.S.C. §6331(h), Y para efectuar devolución de impuestos visto contrarrestada en 26 U. S. C. §§ 6402. Información devolución de impuestos se define en 26 U. S. C. § 6103 (b). Información incluye, pero no se limita a, la correspondencia y otra información relacionada con mi deuda(s) o el pago(s), incluyendo mi devolución de impuestos pago(s).

- FMS, empleados, agentes o contratistas autorizados no están en la obligación de informarme cualquier información divulgada bajo esta autorización.
- Esta autorización es solo válida por seis meses a menos que yo revoqué la autorización por escrito y la misma sea recibida y procesada por FMS en la dirección registrada abajo: **Supervisor, TOP Call Center, P.O. Box 1686, Birmingham, Alabama 35201-1686.**
- Una fotocopia o facsímil de esta autorización firmada tiene el mismo valor y poder que la original.

La persona nombrada en el párrafo 1 debe firmar abajo. Si firmado por oficial corporativo, socio, tutor, albacea, receptor, administrador, fideicomisario o partido distinto del contribuyente, certifico que tengo la autoridad para ejecutar este formulario. **Una forma 13 de FMS debe proporcionarse independiente para cada deudor.**

Firma de la persona que autoriza la divulgación

Fecha

Nombre y apellidos de la persona que autoriza Divulgación

Imprimir el título de persona autoriza la divulgación

Ley de privacidad: Recopilación de esta información es autorizada por 5U.S.C. §§ 552a, 26U.S.C. §§ 6331 y 6402, 31U.S.C. §§ 3716, 3720Ay 7701(c). Esta información se utilizará para identificar sus deudas sometidos al programa de compensación del tesoro para la colección por agencias federales y estatales y sus pagos federales. Esta información será revelada a personas como autorizados por usted. Divulgaciones adicionales de esta información pueden ser a las agencias federales y estatales recoger su deuda o emisión de pagos a usted. El propósito de las divulgaciones adicionales serán para verificar la exactitud de la información proporcionada a FMS y para ayudar a las agencias en la recolección de su deuda. Donde el número de identificación de contribuyente es su número de Seguro Social, recopilación de esta información es requerida por 31 U.S.C. § 7701(c). Si usted no puede proporcionar la información es information concerning your debts submitted to the Treasury Offset Program for collection by Federal and State agencies or your Federal payments.