



## Referral Form from Community Agencies to CMC ILSP

*Catholic Multicultural Center  
Immigration Legal Services Program*

- Please return completed form to: **immigration@ccmadison.org**
- **Note:** You must also include a **Release of Information**, signed by the client you'd like to refer, authorizing your agency to provide our office with their information.

Referral Date: \_\_\_\_\_ Referred By: \_\_\_\_\_

Will your organization pay the **\$50** consultation fee on behalf of this referral? \*\$50 per beneficiary

Yes

No

Total amount authorized: \$ \_\_\_\_\_

Staff Member Name: \_\_\_\_\_

Staff Member Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

Full Name of Potential Client: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Country of Birth: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**In what language(s) are you comfortable having a consultation?** \_\_\_\_\_

U.S. citizen  - Lawful Permanent Resident  - Refugee  - Asylee  - Undocumented  -  
**Other** \_\_\_\_\_

**What date did you enter the US?** \_\_\_\_\_

**Do you have any applications pending? If yes, what specifically?** \_\_\_\_\_

**Do you have any immigration appointments, interviews, or court dates coming up? If yes,  
when and with whom?** \_\_\_\_\_

**What are you interested in applying for?** \_\_\_\_\_



## CONFIDENTIAL INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION

<p><b>Completion of this form authorizes the release of information described in the section below called "Specific Description of Records Authorized for Release". The person (record subject) whose records are released may have a right to inspect and, upon paying any applicable fees, obtain a copy of the disclosed records.</b></p>	<p><b>Name - Person Whose Records Will be Released/Obtained (Record Subject)</b></p>	
	<p><b>Address</b></p>	
	<p><b>Identifying Number (If Any)</b></p>	<p><b>Date of Birth</b></p>
<p><b>Name &amp; Address - Agency / Organization I Authorize to Release Information/Obtain Information:</b></p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <b>Catholic Multicultural Center</b>  <b>1862 Beld Street</b>  <b>Madison, WI 53713</b> </p>	<p><b>Name/Organization - Information May Be Released to/Obtained from:</b></p>	
<p><b>Address</b></p>		
<p><b>Specific Description of Records Authorized for Release (Include dates of records, if applicable)</b></p>    		
<p><b>Purpose or Need for Release of Information (Be Specific)</b></p>    		
<p style="text-align: center;"><b>Understandings</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• This authorization is voluntary. Refusal to sign will not affect treatment, payment, enrollment or benefits eligibility except for:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> No exceptions    <input type="checkbox"/> Exceptions (specify):</li> </ul> </li> <li>• The information that I authorize to be released may be redisclosed by the recipient of the records only if allowed by law. If information is redisclosed, the recipient of the redisclosed information may be controlled by different laws.</li> <li>• I may revoke this authorization, in writing, at any time except for information already released as a result of this authorization.</li> <li>• The written revocation must be given to the agency/organization I authorized to release information.</li> <li>• Unless revoked, this authorization will remain in effect until the expiration time indicated below:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Authorization expires ____ months from the date I sign</li> <li>Authorization expires after the following action takes place:</li> <li>Authorization expires on the following date:</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>SIGNATURE - Person Whose Records Will be Released (Record Subject)</b></p>	<p><b>Date Signed</b></p>	
<p><b>SIGNATURE - Other Person Legally Authorized to Consent to Disclosure Title or Relationship to Record Subject</b></p>	<p><b>Date Signed</b></p>	

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

<p>Completar este formulario autoriza la divulgación de la información descrita en la sección a continuación denominada "Descripción específica de los registros autorizados para divulgación." La persona (sujeto del registro) cuyos registros se divulgan puede tener derecho a inspeccionar y, previo pago de las tarifas correspondientes, obtener una copia de los registros divulgados.</p>	<p>Nombre - Persona cuyos registros se divulgarán/obtendrán (sujeto del registro)</p>	
	<p>Dirección</p>	
	<p>Número de Identificación (si corresponde)</p>	<p>Fecha de Nacimiento</p>
<p>Nombre y dirección - Agencia/organización a la que autorizo a divulgar/obtener información:</p> <p style="text-align: center;"><b>Centro Católico Multicultural</b> <b>1862 Beld Street</b> <b>Madison, WI 53713</b></p>	<p>Nombre/Organización - La información puede divulgarse a u obtenerse de</p>	
<p>Dirección</p>		
<p>Descripción específica de los registros autorizados para divulgación (incluya las fechas de los registros, si corresponde)</p>		
<p>Propósito o necesidad de la divulgación de información</p>		
<p style="text-align: center;">Entendimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios excepto por: <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sin excepciones    <input type="checkbox"/> Excepciones (especifique):</li> </ul> </li> <li>• La información que autorizo que se divulgue puede ser divulgada nuevamente por el destinatario de los registros solo si lo permite la ley. Si la información se vuelve a divulgar, el destinatario de la información nuevamente divulgada puede estar controlado por diferentes leyes.</li> <li>• Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto por la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación por escrito debe entregarse a la agencia/organización que autoricé para divulgar información.</li> <li>• A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta el tiempo de vencimiento que se indica a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La autorización vence ____ meses a partir de la fecha en que firmo</li> <li><input type="checkbox"/> La autorización vence de que se lleve a cabo la siguiente acción:</li> <li><input type="checkbox"/> La autorización vence en la siguiente fecha:</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>FIRMA - Persona cuyos registros serán divulgados (sujeto del registro)</b></p>		<p><b>Fecha de Firma</b></p>
<p>FIRMA - Otra persona legalmente autorizada para dar su consentimiento para la divulgación, incluido el título o la relación con el sujeto del registro</p>		<p>Fecha de Firma</p>