



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية قسم الأمن الوظيفي تأمين ضد البطالة
وحدة ضبط الجودة
التاريخ:



الاسم
العنوان
العنوان 2
المدينة، الدولة، الرمز البريدي

تفويض بكشف معلومات

مقدم الطلب:

رقم الضمان الاجتماعي:

رقم دفعة ضبط الجودة:

أوافق على طلبات ولاية كارولاينا الشمالية أو ولاية أخرى كنت فيها عند تقديمي لمطالبة تلقي مزايا تأمين ضد البطالة، وذلك لتقديم معلومات يجب عليّ تقديمها بموجب القانون حول مطالبتني لتلقي مزايا تأمين ضد البطالة. تنطبق هذه الموافقة وطلب المعلومات على السلطات العسكرية وأصحاب الشركات التي عملتُ أو أنوي العمل لديهم والوكالات الفدرالية والحكومية المحلية والبلدية ووكالات المقاطعة والمؤسسات التعليمية. أوافق على توفير المعلومات المطلوبة.

التاريخ:

توقيع مقدم الطلب:

محقق ضبط الجودة:

أرسل النموذج المكتمل عبر البريد
الإلكتروني أو الفاكس إلى:
صندوق بريد 25903
Raleigh, NC 27611-5903
رقم الفاكس 919.715.7642

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد البطالة
بالرد على الطلبات المتعلقة بالمعلومات بدقة وفي الموعد المحدد