



北卡羅萊納州商務部
就業安全失業保險分工



質量控制日期：

姓名
地址
地址 2
州、市、邮编

授權發布信息

申请人： _____

社会保险号： _____

质量控制批号： _____

我同意提供 北卡羅來納州或我申请失业保险福利费的其他州依法要求提供的与我申请失业保险相关的信息。本协议和信息请求适用于军事机构、前雇主或未来雇主、联邦、州、市或县机构以及学校。我同意提供要求提供的信息。

申请人签字： _____ 日期： _____

质量控制调查员：

请将填写完成的表格邮寄或发送传真至：
Post Office Box 25903
Raleigh, NC
27611-5903 傳真：
919.715.7642

幫助我們防止UI欺詐
準確及時地回復索取資料的要求