



**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance
Quality Control**



Date:

Nom
Adresse
Address2
Ville, état, code postal

Authorization to Release Information

Demandeur: _____

Numéro de sécurité sociale: _____

Numéro du lot CQ: _____

Je suis d'accord avec les demandes de l'État North Carolina ou d'un autre État dont j'ai réclamé des prestations d'assurance-chômage, pour obtenir des renseignements prévus par la loi pour la vérification de ma demande d'assurance-chômage. Le présent accord et la demande d'information s'appliquent aux autorités militaires, aux employeurs antérieurs ou potentiels, aux organismes fédéraux, étatiques, municipaux ou départementaux et aux écoles. Je suis d'accord à fournir les informations demandées.

Signature du demandeur : _____

Date : _____

Enquêteur responsable du CQ :

**Formulaire rempli par
courrier ou par télécopieur à :**

Post Office Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903
Fax Number 919.715.7642