



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



Date:

नाम

पता

पता 2

शहर राज्य का पिन नंबर

**Authorization to Release Information**

दावेदार: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा नंबर: \_\_\_\_\_

QC बैच नंबर: \_\_\_\_\_

मैं North Carolina राज्य या अन्य राज्य से जिनके लिए मैंने बेरोजगारी बीमा लाभ का दावा किया है, उन अनुरोधों से सहमत हूँ जो कि कानून द्वारा बेरोजगारी बीमा के लिए मेरे दावे के संबंध में जरूरी है। यह समझौता और जानकारी के लिए अनुरोध सैन्य अधिकारियों, पूर्व या संभावित नियोक्ताओं, फेडरल, राज्य, नगरपालिका या काउंटी एजेंसियों और स्कूलों पर लागू होता है। मैं अनुरोधित जानकारी प्रस्तुत करने की सहमति देता हूँ।

दावेदार के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_\_\_

QC अन्वेषक:

भरे गये फॉर्म को इस पते पर भेजें या  
फैक्स करें:

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