

**Департамент торговли штата Северная  
Каролина Отдел гарантии занятости  
Страхование по безработице  
Служба качества**



Дата:

Имя

Адрес:

Адрес 2

Город, штат, почтовый индекс

(Zip)

**Разрешение на предоставление информации**

Заявитель: \_\_\_\_\_

Номер пособия по безработице: \_\_\_\_\_

QC серийный номер: \_\_\_\_\_

Я даю свое согласие предоставить штату Северная Каролина или другому штату, где я подал(-ла) заявление на получение пособия по безработице, информацию, предусмотренную законодательством или информацию в связи с моим заявлением на получение пособия по безработице. Это соглашение и запрос информации касается военнослужащих, бывших или будущих работодателей, федеральных и государственных служащих, служащих муниципальных органов или органов управления штата и работников школ. Я даю свое согласие на предоставление запрашиваемой информации.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Следователь службы контроля качества:

**Извещение по почте или  
факсу направляется:**

Post Office Box 25903  
Raleigh, NC 27611-5903  
Номер факса 919.715.7642