



노스 캐롤라이나 주 상무부 고용 안정 실업 보험 부
문



품질 관리 날짜 :

이름
주소
주소
도시, 국가, 우편 번호

정보 공개 권한

청구인: _____

사회 보장 번호: _____

QC 배치 번호: _____

본인은 실업 보험 청구와 관련하여 North Carolina 주 또는 기타 주로부터의 요청에
응답하여 법률에 따른 정보를 공개한다는 것에 동의합니다. 본 동의서 및 정보 요청은 군
당국, 전직 또는 장래 고용주, 연방, 주, 도시 또는 카운티 기관 및 학교 등에 적용됩니다.
본인은 요청된 정보의 제공에 동의합니다.

청구인의 서명: _____ 날짜: _____

QC 조사관:

우편 또는 팩스로 작성된 양식: 우체국 상자 25903
Raleigh, NC 27611-5903
팩스 번호 919.715.7642

UI 사기 방지에 도움
정보 요청에 정확하고시기 적절하게
응답함으로써