



ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Должна быть засвидетельствована или
заверена нотариусом

Имя:	Номер социального обеспечения: <i>Только для идентификации</i>
<p>Я даю свое разрешение Отделу Занятости, Штат Орегон, выдать информацию из моих записей в архиве Отдела Занятости (Пожалуйста, поставьте свои инициалы рядом с информацией, которую запрашиваете)</p> <p> <input type="checkbox"/> мое имя, адрес, номер телефона и демографические сведения, <input type="checkbox"/> информация об услугах, которые я получил или получу, <input type="checkbox"/> история трудовой деятельности и другая информация, предоставленная мною в целях трудоустройства, <input type="checkbox"/> информация о заработной плате, <input type="checkbox"/> информация о Страховании на случай безработицы (т.е. ECLM и/или Отчет о зарплате и пособии и т.д.), <input type="checkbox"/> информация об услугах предоставленных программой помощи в получении профессии иностранными рабочими (TAA) (т.е. обучение, поиск работы & переезд) и/или информация об оказании финансовой поддержки при изменении профиля профессиональной деятельности (TRA) по страхованию по безработице <input type="checkbox"/> другая информация (необходимо точно сформулировать, какая информация запрашивается) </p>	
Я даю свое разрешение выдать эту информацию следующему лицу или организации:	
Цель выдачи этой информации:	
<p>Я понимаю, что информация, полученная согласно этому запросу, должна быть использована только для указанной выше цели (целей), Я понимаю, что данная доверенность будет действительна до того момента, пока я в письменной форме не отменю ее (для информации о переезде) или на протяжении действия моей заявки по страхованию по безработице (для информации о страховании на случай безработицы),</p> <p>Я понимаю, что информация о моих записях является конфиденциальной и что я подтверждаю выдачу перечисленной выше информации, Я понимаю, что будет получен доступ к государственным правительственным архивам для получения этой информации, Выдача данной информации этой стороне будет оказанием услуги мне или принесет мне пользу, Я понимаю цель данной доверенности, Я лично и по собственной воле ставлю свою подпись.</p>	
Подпись:	Дата:
Примечание: Передача третьим лицам полученной информации строго запрещена	
<small>WorkSource Oregon – это работодатель/программа равных возможностей. Дополнительная помощь и услуги доступны людям с ограниченными возможностями на основании запроса. Для лиц с ограниченным знанием английского языка доступна бесплатная языковая помощь.</small>	
<small>WorkSource Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidades estará disponible sin costo. Asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés sin costo alguno.</small>	

ОТДЕЛ ЗАНЯТОСТИ	ПАРТНЕР ИЗ ОДНИХ РУК*
<p>Если засвидетельствовано сотрудником Отдела Занятости необходимо заполнить следующие строки:</p> <p>ФИО свидетеля печатными буквами _____</p> <p>Подпись свидетеля _____</p> <p>Переферийное отделение _____</p>	<p>Если засвидетельствовано партнером из одних рук* строки, расположенные ниже, должны быть заполнены. Партнеры должны сохранить данный документ и предоставить его Отделу Занятости с любым/каждым запросом информации. Партнерская организация _____</p>
Нотариус	
<p>Если заверено нотариусом, необходимо заполнить следующее:</p> <p>Штат _____ Округ _____</p> <p>Подпись (нотариуса) _____</p> <p>Срок полномочий истекает _____</p>	<p>ФИО свидетеля печатными буквами _____</p> <p>Подпись свидетеля _____</p> <p>Номер телефона свидетеля _____</p> <p>*Уполномоченный сотрудник партнера, подписавший Обязательство сохранения конфиденциальности Отдела Занятости</p>