WORKSOURCE OREGON
EMPLOYMENT DEPARTMENT

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ
ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНО ИЛИ НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕНО

Имя и фамилия (пишите, пожалуйста, печатными буквами) _____

Номер социального страхования (используется исключительно в целях идентификации _____

Я даю разрешение Департаменту трудоустройства, штату Орегон, передать: (имя и фамилия лица или название организации, кому передается информация _____

_____ ,

следующую информацию из документации, имеющейся в моем деле в Департаменте трудоустройства: (пожалуйста, **отметьте** нужное **инициалами**)

____ мое имя и фамилию, адрес, номер телефона и демографические данные,
____ информацию о полученных или будущих услуга,
____ информацию об истории трудовой деятельности и прочую информацию, которую я предоставил в целях подыскания работы,
____ информацию о заработной плате,
____ информацию о пособии по безработице (например, отчет “ECLM” и/или “Wage & Benefit report” [Отчет о зарплате и пособиях]),
____ Информация об услугах по программе TAA (таких, как проф. подготовка, содействие при поиске работы, переезде) и (или) о страховании от безработицы по программе TRA
____ прочую информацию (информация, подлежащая передаче, должна быть указана конкретно)

_____

▼▼▼▼▼

Я понимаю, что данное разрешение будет действительно впредь до его отмены мною в письменном виде (для информации по трудоустройству) или на срок действия моего заявления на пособие по безработице (для информации по страхованию от безработицы,

Я понимаю, что информация, содержащаяся в моей документации, является конфиденциальной, и что я подтверждаю разрешение на передачу информации, перечисленной выше,

Я понимаю назначение данного разрешения,

я подписываю по своей воле, и на меня не было оказано давление это сделать.

Подпись_____Дата_____

ПРИМЕЧАНИЕ: Повторная передача любой полученной информации строго запрещается

ДЕПАРТАМЕНТ ТРУДОУСТРОЙСТВА

Если этот документ засвидетельствуется работниками Департамента трудоустройства, нужно заполнить нижнюю часть.

Имя свидетеля печатными буквами_____

Подпись свидетеля _____

Местное отделение _____

НОТАРИУС

Если заверяется нотариусом, **должно быть заполнено следующее**:

штат _____ Округ _____

Подпись (нотариуса) _____

Срок полномочий истекает_____

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР*

Если засвидетельствуется универсальным партнером*, должна быть заполнена нижняя часть. Партнеры должны сохранить этот документ и предоставить **его в Департамент трудоустройства с любым/ каждым запросом на информацию**.

Организация-партнер _____

_____

Имя и фамилия свидетеля печатными буквами _____

Подпись свидетеля _____

Номер телефона свидетеля _____

*Персонал уполномоченного партнера должен предварительно подписать обязательство соблюдения конфиденциальности Департамента трудоустройства

WorkSource Oregon is an equal opportunity program/employer. Language assistance is available to individuals with limited English proficiency free of cost. Auxiliary aids or services are available upon request to individuals with disabilities. Contact your nearest WorkSource Oregon Center for assistance.

WorkSource Oregon является программой/работодателем, предоставляющим услуги на основах полного равноправия, т.е. невзирая на расовую принадлежность, цвет кожи, религию, пол, национальность, гражданство, возраст, инвалидность или политические убеждения. Для людей, ограниченно владеющих английским языком, бесплатно предоставляются услуги переводчика. Инвалидам по их просьбе предоставляются вспомогательные средства и услуги. За помощью обращайтесь в ближайший к вам центр “WorkSource Oregon Center”.