

Исх. номер: EO 082
Номер бедствия: 4562

**УСПЕХИ В ВОЗВРАЩЕНИИ
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОМОЩЬ УТРАТИВШИМ РАБОТУ
ВСЛЕДСТВИИ СТИХИЙНОГО БЕДСТВИЯ (DUA)
ЗАКОН ОБ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
ПРИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЯХ 1974 ГОДА**

Дата объявления бедствия: 15.09.2020

Дата начала бедствия: 13.09.2020

Дата завершения бедствия: 20.03.2021

Успехи в возвращении к самостоятельной предпринимательской деятельности

Цель следующих вопросов – вести ход успехов Вашего возвращения к своей нормальной самостоятельной предпринимательской деятельности.

1. Какие меры Вы предприняли со времени объявления бедствия, чтобы достичь того состояния Вашей предпринимательской деятельности, которое было до бедствия?

Опишите:

2. Какие дополнительные меры должны быть предприняты перед тем, как Вы будете способны достичь того уровня Вашей предпринимательской деятельности, который был до бедствия?

Опишите:

3. Вы заинтересованы в получении работы посредством Центра по трудовым ресурсам штата Орегон (WorkSource Oregon)? Да Нет

4. Основываясь на информацию, которую Вы предоставили выше, когда, как Вы думаете, Вы будете способны работать такое же количество часов, как Вы работали до бедствия?
_____ (предполагаемая дата)

5. Когда, как Вы думаете, Вы сможете больше не подавать заявления на пособие в рамках DUA? _____ (предполагаемая дата)

Я, _____*, номер социального обеспечения _____, сегодня _____, сообщаю, что заявления, сделанные мной в связи с моим заявлением на получения пособия, являются правдивыми и достоверными по имеющимся у меня сведениям. Кроме того, я понимаю, что Свод пересмотренных законов штата Орегон, административно-правовые нормы штата Орегон, Устав DUA предусматривает штрафы за заведомо ложные заявления с целью получения страхования по безработице и/или пособия в рамках DUA.

*Согласно процедуре половой принадлежности и выражения Департамента трудоустройства, Вы можете предоставить выбранное или предпочитаемое имя, если оно отличается от имени, указанного в документации Управления социальным обеспечением.

Подпись _____ Дата _____

Расшифровка подписи (имя, указанное в документации Управления социального обеспечения)

Номер социального обеспечения: _____

(Если Вам требуется дополнительное место для объяснений, пожалуйста, используйте обратную сторону этой формы.)