OMB Approval NO. 1405-0144
Expires 01/31/03
Estimated Burden 1 Hour

U.S. Department of State

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ПЕРЕЛІК МІСЦЬ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСОБИ, ЯКА ЗВЕРТАЄТЬСЯ ПО НЕІМІГРАЦІЙНУ ВІЗУ

БУДЬ ЛАСКА, НАДРУКУЙТЕ АБО НАПИШІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ВАШІ ВІДПОВІДІ ПІД КОЖНИМ ПУНКТОМ

1. Прізвище ***(прізвища)*** **Ім'я** ***(імена)*** **По батькові**

2. Дата народження ***(місяць/день/рік)***

3. Місце народження
країна | місто/село | область/район

4. Адреса постійного місця проживання та номер телефона ***(номер квартири, будинку, назва вулиці, область/район, поштовий індекс та країна)***

5. Повне ім'я та адреса чоловіка/дружини ***(якщо є) (адреси поштової скриньки недостатньо)***
Ім'я *(Прізвище, ім'я та по батькові)* Адреса Номер телефона

6. Повні імена та адреси дітей, батьків та рідних братів/сестер ***(адреси поштової скриньки недостатньо)***
Ім'я *(Прізвище, ім'я та по батькові)* Адреса Родинні зв'язки Номер телефона

7. Зазначте імена щонайменше двох контактних осіб, які мешкають у країні Вашого постійного проживання і можуть підтвердити достовірність інформації, наведеної в анкеті ***(крім членів сім'ї та родичів) (адреси поштової скриньки недостатньо)***
Ім'я *(Прізвище, ім'я та по батькові)* Адреса Номер телефона

Paperwork Reduction Act Statement
*Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response, including time required for searching existing data sources, gathering the necessary data, providing the information required, and reviewing the final collection. In accordance with 5 CFR 1320 5(b), persons are not required to respond to the collection of this information unless this form displays a currently valid OMB control number. Send comments on the accuracy of this estimate of the burden and recommendations for reducing it to: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, D.C. 20520.

Ім’я та адреса роботодавця Номер телефона	
Перелік службових обов’язків	
МІСЦЕ РОБОТИ - ПОПЕРЕДНЄ	
Посада	Дата *(місяць/день/рік)* З Дата *(місяць/день/рік)* До
Ім’я та адреса роботодавця Номер телефона	
Перелік службових обов’язків	
МІСЦЕ РОБОТИ - ПОПЕРЕДНЄ	
Посада	Дата *(місяць/день/рік)* З Дата *(місяць/день/рік)* До
Ім’я та адреса роботодавця Номер телефона	
Перелік службових обов’язків	
МІСЦЕ РОБОТИ - ПОПЕРЕДНЄ	
Посада	Дата *(місяць/день/рік)* З Дата *(місяць/день/рік)* До
Ім’я та адреса роботодавця Номер телефона	
Перелік службових обов’язків	

Я підтверджую те, що я прочитав(ла) та зрозумів(ла) всі запитання анкети, а також те, що відповів(ла) на них свідомо, правдиво та правильно. Я усвідомлюю, що надання неправдивих свідчень може призвести до відмови у візі та в’їзді до США назавжди.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА_____ ДАТА *(місяць/день/рік)* _____