新罕布什尔州就业保障处

保密性解除

本表格授权您指定的人员在签名之日起 **30 天内**审查您的申领记录（包括医疗记录或信息），担任您的口译员，以及/或代您与本部门进行沟通。

请填写以下信息，在表格上签名并注明日期，并尽快返还至本部门。您必须指定一位专人并提供其完整姓名。不接受公司名或机构名。

本人，_____，社会保障号码_____，
申领人 - 全名　　申领人 SSN

特此授权_____，我的_____
被指派者 - 全名　　与申领人的关系

审查 NH 就业保障办事处当前持有的、与我相关的保密申领及医疗记录；作为口译员帮助我；以及/或在我的申领或申领流程方面代我发声。

_____　　_____/_____/_____
申领人 - 签名　　日期

您的签名必须由 NH 就业保障处已获授权的代表见证，或由治安法官或公证人进行公证。

我已在下面所写的日和年处签名盖章（公证人）以兹证明。

_____　　_____/_____/_____
公证人 – 治安法官　　日期
或 NHES 专员的授权代表

如果您在任何时候想要取消这一解除，您必须书面通知本部门。

请把本表格返还至距您最近的 NH 地方办事处或邮寄至：
NHES, 45 South Fruit Street Concord, NH 03301-4857

Confidentiality Release

NHES 是美国 Workforce Network 和 NH Works 的荣誉会员。NHES 是追求公平就业机会的雇主，并且遵守《美国残障人士法》。残障人士如有需要，可以请求提供辅助协助与服务。

电话(603) 224-3311　传真(603) 228-4145　TDD/TTY 接人：转接 1-800-735-2964　官网：www.nhes.nh.gov