U.S. Department of State

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ОБРАЩАЮЩЕГОСЯ ЗА НЕИММИГРАЦИОННОЙ ВИЗОЙ

OMB OPROVAL 1405-0144
EXPIRES 01/31/2003
ESTIMATED BURDEN: 1 Hour

ПОЖАЛУЙСТА, НАПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ОТВЕТЫ В ПРОСТРАНСТВЕ, ОСТАВЛЕННОМ ПОД КАЖДЫМ ПУНКТОМ ЕСЛИ ОТВЕТЫ НЕ ПОМЕЩАЮТСЯ В ОТВЕДЕННЫХ ДЛЯ НИХ ПРОСТРАНСТВАХ, ПРОДОЛЖАЙТЕ НА ОТДЕЛЬНОМ ЛИСТЕ ИЛИ НА ОБОРОТЕ

1. Фамилия(ии) | **Имя (Имена)** | **Отчество/Второе имя**

2. Дата рождения (месяц/день/год)

3. Место рождения
Страна | Город/Район | Область/Край/Округ

4. Адрес постоянного места проживания и номер телефона ***(укажите номер квартиры, дома, улицу, город, область/край, почтовый индекс и страну)***

5. Ф.И.О. полностью и полный адрес супруга(и) ***(если есть)(укажите физический адрес, а не номер почтового ящика)***

Ф.И.О. (Фамилия, Имя, Отчество/Втрое имя) | *Адрес* | *Номер телефона*

6. Ф.И.О. полностью и полный адрес детей, родителей, братьев и сестер ***(укажите физический адрес, а не номер почтового ящика)***

Ф.И.О. (Фамилия, Имя, Отчество/Втрое имя) | *Адрес* | *Стелень родства (кем приходится)* | *Номер телефона*

7. Укажите, по крайней мере, двух контактных лиц в стране проживания обращающегося, у которых можно было бы проверить информацию об обращающемся ***(указанные лица не должны являться членами семьи или родственниками обращающегося)(укажите физический адрес, а не номер почтового ящика)***

Ф.И.О. (Фамилия, Имя, Отчество/Втрое имя) | *Адрес* | *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. You do not have to provide the information unless this collection display a currently valid OMB number. Send comments on the accuracy of this burden and recommendations for reducing it to: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, D.C. 20520-1849.

ОПЫТ РАБОТЫ - В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Занимаемая должность:	Дата начала (*месяц/день/год*) Дата окончания (месяц/день/год)

Адрес и название/имя работодателя/предприятия/учреждения:

Номер телефона

Опишите Ваши обязанности:

ОПЫТ РАБОТЫ - ПРЕДЫДУЩИЙ

Занимаемая должность:	Дата начала (*месяц/день/год*) Дата окончания (месяц/день/год)

Адрес и название/имя работодателя/предприятия/учреждения:

Номер телефона

Опишите Ваши обязанности:

ОПЫТ РАБОТЫ - ПРЕДЫДУЩИЙ

Занимаемая должность:	Дата начала (*месяц/день/год*) Дата окончания (месяц/день/год)

Адрес и название/имя работодателя/предприятия/учреждения:

Номер телефона

Опишите Ваши обязанности:

ОПЫТ РАБОТЫ - ПРЕДЫДУЩИЙ

Занимаемая должность:	Дата начала (*месяц/день/год*) Дата окончания (месяц/день/год)

Адрес и название/имя работодателя/предприятия/учреждения:

Номер телефона

Опишите Ваши обязанности:

Я подтверждаю, что мною прочитаны и поняты все вопросы анкеты, и я ответил(а) на них правдиво, соответственно моим знаниям. Я понимаю, что любые ложные либо вводящие в заблуждение заявления могут служить основанием для постоянного отказа в получении визы и въезде в США.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ _____ ДАТА (*месяц/день/год*) _____