OMB APPROVAL 1405-0144
Expires 04/30/06
Estimated Burden 1 hour

U.S. Department of State

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НЕИММИГРАЦИОННОЙ ВИЗЫ

ПОЖАЛУЙСТА, НАПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ОТВЕТЫ В ОКНЕ, ОСТАВЛЕННОМ ПОД КАЖДЫМ ПУНКТОМ ЕСЛИ МЕСТА НЕДОСТАТОЧНО, ПРОДОЛЖАЙТЕ НА ОТДЕЛЬНОМ ЛИСТЕ

1. **Фамилия(ии)**	**Имя (имена)**	**Отчество**

2. **Дата рождения (*месяц/день/год*)**	3. **Место рождения** Страна	Город	Район/область

4. **Домашний адрес и телефон** ***(номер квартиры, улица, город, область/район, почтовый индекс, и страна)***

5. **Полное имя и адрес супруга/супруги** ***(если в браке), (номер абонентского ящика, в качестве адреса не приемлем)***

Имя *(фамилия, имя, отчество)*	Адрес	Номер телефона

6. **Полные имена и адреса детей, родителей, родных братьев и сестер** ***(номер абонентского ящика в качестве адреса не приемлем)***

Имя *(фамилия, имя, отчество)*	Адрес	Степень родства	Номер телефона

7. **Назовите как минимум два контактных лица в стране проживания заявителя, способных подтвердить информацию о заявителе (не являющихся членами его/ее семьи, либо родственниками) (номер абонентского ящика в качестве адреса не приемлем)**

Имя *(фамилия, имя, отчество)*	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. 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, DC 20520.

МЕСТО РАБОТЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	
Должность:	Дата начала работы (месяц/день/год) Дата увольнения (месяц/день/год)
Название учреждения и адрес: Номер Телефона	
Обязанности:	
ПРЕДЫДУЩЕЕ МЕСТО РАБОТЫ	
Должность:	Дата начала работы (месяц/день/год) Дата увольнения (месяц/день/год)
Название учреждения и адрес: Номер Телефона	
Обязанности:	
ПРЕДЫДУЩЕЕ МЕСТО РАБОТЫ	
Должность:	Дата начала работы (месяц/день/год) Дата увольнения (месяц/день/год)
Название учреждения и адрес: Номер Телефона	
Обязанности:	
ПРЕДЫДУЩЕЕ МЕСТО РАБОТЫ	
Должность:	Дата начала работы (месяц/день/год) Дата увольнения (месяц/день/год)
Название учреждения и адрес: Номер Телефона	
Обязанности:	

Я подтверждаю, что все вопросы, приведенные в данном заявлении, а также ответы на них мною прочитаны и мне понятны; предоставленные мною ответы точны и правдивы, соответственно моим знаниям. Мне известно, что ложная или недостоверная информация может привести к пожизненному отказу в выдаче визы либо к запрещению въезда на территорию США

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ_____ ДАТА (месяц/день/год)_____