U.S. Department of State

MITTEIMMIGRANDIST VIISATAOTLEJA KONTAKTINFO JA TÖÖKOHAD

OMB APPROVAL NO. 1405-0000
EXPIRES: 04/30/06
ESTIMATED BURDEN

PALUN TRÜKKIGE VÕI KIRJUTAGE TRÜKITÄHTEDEGA VASTUSED IGA KÜSIMUSE JUURES OLEVASSE LAHTRISSE
PALUN KASUTAGE LISALEHTE, KUI VAJATE VASTAMISE JAOKS ROHKEM RUUMI

1. Perekonna nimi *(-nimed)* **Eesnimi *(-nimed)*** **Keskmine nimi**

2. Sünniaeg *(pp-kk-aaaa)*

3. Sünnikoht

riik	linn	maakond

4. Alalise elukoha aadress ja telefoni number *(korteri number, tänav, linn, maakond, postiindeks ja riik)*

5. Abikaasa täielik nimi ja aadress *(kui on) (postkasti number ei ole aktsepteeritav)*

Nimi *(perekonnanimi, eesnimi, keskmine nimi)*	Aadress	Telefoni number

6. Laste, vanemate, õdede ja vendade nimed ja aadressid *(postkasti number ei ole aktsepteeritav)*

Nimi *(perekonnanimi, eesnimi, keskmine nimi)*	Aadress	Sugulusaste	Telefoni number

7. Nimetage vähemalt kaks kontaktisikut taotleja elukoha riigis, kes võivad kinnitada infot taotleja kohta *(ärge nimetage pereliikmeid ega muid sugulasi) (postkasti number ei ole aktsepteeritav)*

Nimi *(perekonnanimi, eesnimi, keskmine nimi)*	Aadress	Telefoni number

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.

TÖÖKOHT - PRAEGUNE

Ametinimetus:	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* alates	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* kuni
Tööandja nimi ja aadress:	Telefoni number	
Töökohustuste kirjeldus:		

TÖÖKOHT - EELMINE

Ametinimetus:	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* alates	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* kuni
Tööandja nimi ja aadress:	Telefoni number	
Töökohustuste kirjeldus:		

TÖÖKOHT - EELMINE

Ametinimetus:	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* alates	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* kuni
Tööandja nimi ja aadress:	Telefoni number	
Töökohustuste kirjeldus:		

TÖÖKOHT - EELMINE

Ametinimetus:	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* alates	Kuupäev *(kk-pp-aaaa)* kuni
Tööandja nimi ja aadress:	Telefoni number	
Töökohustuste kirjeldus:		

Kinnitan, et olen läbi lugenud ja saanud aru kõikidest käesoleval blanketil toodud küsimustest ning minu poolt käesoleval blanketil antud vastused on õiged ja tõesed vastavalt minu kõige paremale teadmisele ja usule. Ma saan aru, et valede või eksitavate andmete esitamise tulemuseks võib olla alaline viisa andmise keeld või Ameerika Ühendriikidesse sisenemise keeld.

TAOTLEJA ALLKIRI _____ KUUPÄEV *(kk-pp-aaaa)* _____