Washington State Department of Social & Health Services
ESA Economic Services Administration

Verifikacija zaposlenja
Employment Verification

LOKALNA KANCELARIJA	
BROJ TELEFONA	BROJ FAKSA
BROJ SLUČAJA	DATUM

Molimo koristite plavo ili crno mastilo i štampana slova ili otkucajte.

1. deo: Popunjava klijent/zaposleni.

Ovlašćujem svog poslodavca da otkrije informacije Odeljenju za socijalne i zdravstvene usluge (Department of Social and Health Services).

POTPIS ZAPOSLENOG	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA (OPCIONO)	DATUM

2. deo: Popunjava poslodavac.

IME ZAPOSLENOG	IME POSLODAVCA

ADRESA POSLODAVCA

Da li je ovo novi posao? ☐ Ne ☐ Da	AKO JESTE, DATUM KADA JE ZAPOSLENI POČEO DA RADI	DATUM PRVOG PRIMANJA ČEKA

PROSEČNO SATI NEDELJNO	TARIFA HONORARA ILI PLATE (PO SATU, DANU ILI PO DELU POSLA)	Da li je posao završen? ☐ Ne ☐ Da Ako jeste, kada: zašto:

Učestalost plaćanja: ☐ Svakodnevno ☐ Nedeljno ☐ Svake dve nedelje ☐ Dva puta mesečno ☐ Mesečno

Da li je ovaj posao Radna studija? ☐ Da ☐ Ne	AKO JESTE, PREKO KOJE ŠKOLE?	KADA ĆE SE ZAVRŠITI VAŠE RADNO MESTO?

Stvarni bruto prihod (ili priložite izvod plate) za poslednja tri meseca:

MESEC: $	MESEC: $	MESEC: $

Stvarni bruto prihod za tekući mesec i predviđeni bruto prihod za sledeća dva meseca:

TEKUĆI MESEC: $	MESEC: $	MESEC: $

Napojnice ☐ Ne ☐ Da; ako da, koliko često i koliko mnogo? _____

Provizije ☐ Ne ☐ Da; ako da, koliko često i koliko mnogo? _____

Bonusi ☐ Ne ☐ Da; ako da, koliko često i koliko mnogo? _____

Prekovremeni rad ☐ Ne ☐ Da; ako da, koliko često i koliko mnogo? _____

Radni raspored (uključite tačna vremena gde je moguće):

PONEDELJAK	UTORAK	SREDA	ČETVRTAK	PETAK	SUBOTA	NEDELJA

Da li je na raspolaganju zdravstveno osiguranje? ☐ Da ☐ Ne

Ako jeste, da li je zaposleni upisan u zdravstveni plan? ☐ Da ☐ Ne

Kada pokriće počinje?

Koji je deo premija zaposlenog?

POTPIS POSLODAVCA/PREDSTAVNIKA	DATUM
IME I TITULA POSLODAVCA/PREDSTAVNIKA ŠTAMPANIM SLOVIMA	BROJ TELEFONA