Washington State Department of Social & Health Services

ÎNCETARE SERVICI
STOP WORK

CSO/NUME MUNCITOR	NUMĂR TELEFON
NUMĂR IDENTIFICARE CLIENT	DATA

Secțiunea 1: completați această porțiune înainte de a o duce la locul de muncă care tocmai s-a încheiat.

Semnând aici, dau permisiunea angajatorului meu să completezeacest formular pentru Departamentul de Servicii Sociale și de Sănptate.

SEMNĂTURA	DATA	PRINTAȚI NUMELE DVS. AICI

NUMELE COMPANIEI

ADRESA COMPANIEI: STRADA	ORAȘUL	STATUL	COD POȘTAL

Secțiunea 2: Persoanadin companie care cunoaște serviciul și informațiile de plată completează această parte.

1. Care a fost ultima zi în care a muncit angajatul? _____

2. Suma cecului final (înainte de taxe): $ _____ Data primirii: _____

   Listați sumele (înainte de taxe) și datele primirii altor cecuri primate în aceeași lună cu cecul final:

SUMA PRIMITĂ (ÎNAINTE DE TAXE)	DATA PRIMIRII
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____

3. De ce s-a sfârșit acest servici?

   ☐ Nu este de muncă ☐ Serviciul a fost temporar/sezonier ☐ Disponibilizare

   ☐ Concediu (cum ar fi concediu temporar sau de maternitate). Este: ☐ Plătit ☐ Neplătit

   Dacă este plătit, cu cât este plătit angajatul: $_____

   Când se așteaptă să se întoarcă angajatul? _____

   ☐ Alte motive: _____

4. Va primi angajatul plăți de disponibilizare? ☐ Da ☐ Nu

   DACĂ DA: Când va fi primit? _____ Cât va fi? $_____

5. Poate anagajatul să ia plată pentru concediu/boală? ☐ Da ☐ Nu

   DACĂ DA: Când va fi primit? _____ Cât va fi? $_____

6. Poate anagajatul să retragă fonduri din pensie/401K? ☐ Da ☐ Nu

   DACĂ DA: Când va fi primit? _____ Cât va fi? $_____

Vă rugăm oferiți următoarele informații în cazul în care vom avea nevoie să vă contactăm:

SEMNĂTURA	DATA	NUMĂR TELEFON
PRINTAȚI NUMELE DVS. AICI	POZIȚIE/TITLU	