Washington State Department of Social & Health Services

การหยุดงาน
STOP WORK

ชื่อ CSO/คนงาน	เบอร์โทรศัพท์
เลขประจำตัวผู้รับบริการ	วันที่

ส่วนที่ 1: กรอกรายละเอียดในส่วนนี้ก่อนนำไปใช้กับงานที่สิ้นสุดแล้วของคุณ

หลังจากลงลายมือชื่อ ข้าพเจ้ายินยอมให้นายจ้างกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้ให้แก่ฝ่ายบริการทางสังคมและสวัสดิภาพ (Department of Social and Health Services)

ลายมือชื่อ	วันที่	กรุณาเขียนชื่อตัวบรรจงที่นี่

ชื่อบริษัท

ที่อยู่บริษัท: ที่อยู่ เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์

ส่วนที่ 2: บุคคลในบริษัทที่ทราบเกี่ยวกับการจ้างงานและข้อมูลการจ่ายเงินเป็นผู้กรอกรายละเอียดในส่วนนี้

1. วันที่ล่าสุดที่พนักงานปฏิบัติงานคือเมื่อใด _____
2. ยอดเงินที่จ่ายล่าสุด (ก่อนหักภาษี): $ _____ วันที่ได้รับ: _____

   ระบุยอด (ก่อนหักภาษี) และวันที่ที่ได้รับสำหรับรายการจ่ายเงินค่าจ้างอื่น ๆ ที่ได้รับในเดือนเดียวกันเพื่อระบุเป็นรายการจ่ายค่าจ้างล่าสุด:

ยอดที่ได้รับ (ก่อนหักภาษี)	วันที่ได้รับ
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____

3. งานสิ้นสุดลงเพราะเหตุใด

   ☐ การขาดงาน ☐ เป็นงานชั่วคราว/ตามฤดูกาล ☐ เลิกจ้าง

   ☐ อยู่ระหว่างลา (เช่นลากิจหรือลาคลอด) ช่วงเวลาดังกล่าวได้รับการ: ☐ จ่ายค่าจ้าง ☐ ไม่ได้จ่ายค่าจ้าง

   ในกรณีที่จ่ายค่าจ้าง ลูกจ้างได้รับค่าจ้างเป็นจำนวนเท่าใด: $_____

   คาดว่าพนักงานจะกลับมาเมื่อใด _____

   ☐ อื่น ๆ: _____
4. พนักงานได้รับค่าชดเชยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

   ถ้าใช่: จะได้รับเงินเมื่อใด _____ เป็นจำนวนเท่าใด $_____
5. พนักงานสามารถรับค่าตอบแทนระหว่างลาพักร้อน/ลาป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

   ถ้าใช่: จะได้รับเงินเมื่อใด _____ เป็นจำนวนเท่าใด $_____
6. พนักงานสามารถถอนเงินบำนาญ/เกษียณ/401K ได้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

   ถ้าใช่: จะได้รับเงินเมื่อใด _____ เป็นจำนวนเท่าใด $_____

กรุณาแจ้งข้อมูลต่อไปนี้ในกรณีที่เราต้องการติดต่อคุณ:

ลายมือชื่อ	วันที่	เบอร์โทรศัพท์
ชื่อตัวบรรจง	ตำแหน่ง	