Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

离职
Stop Work

DSHS 邮寄地址 **DSHS PO BOX 11699 TACOMA, WA 98411-9905**	
DSHS 电话号码	DSHS 传真号码 **888-338-7410**
个案/当事人身份识别号码	日期

第 1 部分：在将离职前，当事人应填写此部分。

在此处签名，即表示我授权我的雇主填写社会福利服务部的表格。

个案当事人签名	日期	服务对象：请在此处请工整填写您的姓名
公司名称/前雇主		
公司/前雇主街道地址	城市	州 邮政编码

第 2 部分：该公司的人员知晓在此部分填写就业和支付信息。

1. 员工离职的最后一天是？ _____

2. 离职工资金额（税前）：$ _____ 收到日期：_____

   列出在同一月中作为离职工资收到其他工资的金额（税前）和收到日期：

收款金额（税前）	收到日期
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____

3. 离职原因？

   ☐ 无工作 ☐ 临时性/季节性工作 ☐ 下岗

   ☐ 休假（例如假期或产假）。判断题：☐ 已支付 ☐ 未支付

   如果已支付，员工需要支付的金额：$_____

   员工预计返岗时间？ _____

   ☐ 其他：_____

4. 员工是否获得任何遣散费？☐ 是 ☐ 否

   若是如此：收到日期？ _____ 金额数量？$_____

5. 员工是否可以将休假工资/病假工资取现？☐ 是 ☐ 否

   若是如此：收到日期？ _____ 金额数量？$_____

6. 员工是否可以取出退休金/抚恤金/401K 基金？☐ 是 ☐ 否

   若是如此：收到日期？ _____ 金额数量？$_____

请提供以下信息，以防万一我们需要联系您：

签名	日期	电话号码
请工整填写您的姓名	职位/职称	