Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

कार्य समाप्ति

Stop Work

DSHS डाक पता **DSHS PO BOX 11699 TACOMA, WA 98411-9905**	
DSHS फ़ोन नंबर	DSHS फ़ैक्स नंबर **888-338-7410**
केस / क्लाइंट आईडी नंबर	तिथि

अनुभाग 1: क्लाइंट, उस संस्थान में ले जाने से पहले इस अनुभाग को भरें जहाँ आपका काम समाप्त हुआ है।

यहाँ हस्ताक्षर करके, मैं अपने नियोक्ता को सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग (Department of Social and Health Services, DSHS) के लिए यह फ़ॉर्म भरने की अनुमति देता/देती हूँ।

क्लाइंट के हस्ताक्षर	तिथि	क्लाइंट: कृपया यहाँ अपना नाम स्पष्ट अक्षरों में लिखें
कंपनी / पूर्व-नियोक्ता का नाम		
कंपनी / पूर्व-नियोक्ता का पता	शहर	राज्य ज़िप कोड

अनुभाग 2: कंपनी में वह व्यक्ति जिसे रोज़गार और वेतन संबंधी जानकारी हो, वह इस अनुभाग को भरे।

1. कर्मचारी ने अंतिम बार किस तिथि को काम किया था? _____
2. अंतिम पेचेक की राशि (कर-पूर्व): $ _____ प्राप्त होने की तिथि: _____

   अंतिम पेचेक वाले माह में ही प्राप्त हुए अन्य पेचेक की राशियाँ (कर-पूर्व) और प्राप्त होने की तिथियाँ सूचीबद्ध करें:

प्राप्त राशि (कर-पूर्व)	प्राप्त होने की तिथि
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____

3. यह नौकरी क्यों समाप्त हुई?

   ☐ काम की कमी ☐ नौकरी अस्थायी/मौसमी थी ☐ छंटनी की गई

   ☐ छुट्टी पर (जैसे अनुपस्थिति अवकाश या माता-पिता अवकाश)। यह क्या है: ☐ वैतनिक ☐ अवैतनिक

   यदि वैतनिक है, तो कर्मचारी को कितना भुगतान किया जाता है: $_____

   कर्मचारी के कब लौटने की उम्मीद है? _____

   ☐ अन्य: _____

4. क्या कर्मचारी को कोई सेवरेंस पे प्राप्त होगा? ☐ हाँ ☐ नहीं

   यदि हाँ: यह कब प्राप्त होगा? _____ यह राशि कितनी होगी? $_____

5. क्या कर्मचारी छुट्टियों/बीमारी के अवकाश का नकद भुगतान प्राप्त कर सकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं

   यदि हाँ: यह कब प्राप्त होगा? _____ यह राशि कितनी होगी? $_____

6. क्या कर्मचारी सेवानिवृत्ति/पेंशन/401K फ़ंड से राशि निकाल सकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं

   यदि हाँ: यह कब प्राप्त होगा? _____ यह राशि कितनी होगी? $_____

यदि हमें आपसे संपर्क करने की आवश्यकता हुई, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

हस्ताक्षर	तिथि	टेलीफ़ोन नंबर
अपना नाम यहाँ स्पष्ट अक्षरों में लिखें	पद / पदनाम	