

| | |
|---|---------------|
| عنوان مراسلة DSHS DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905 | |
| رقم هاتف DSHS 888-338-7410 | رقم فاكس DSHS |
| رقم الحالة/معرفة العميل | التاريخ |

مطابقة التوظيف Employment Verification



الرجاء استخدام الحبر الأزرق أو الأسود والكتابة أو الطباعة.

| | |
|---|--|
| القسم 1: يقوم باستيفانها العميل/الموظف. | |
| أفوض صاحب العمل في الإفراج عن معلومات إلى وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). | |
| رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) | توقيع الموظف |
| رقم الحالة/معرفة العميل | التاريخ |
| القسم 2: يقوم باستيفانها الموظف. | |
| اسم صاحب العمل | اسم الموظف |
| عنوان صاحب العمل | المسمى الوظيفي للموظف |
| هل هذه وظيفة جديدة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. | إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تاريخ بدء عمل الموظف |
| متوسط ساعات العمل أسبوعيًا | معدل الدفع أو الرتب (بالساعة، أم باليومية أم بالقطعة) |
| عدد مرات الدفع: <input type="checkbox"/> يوميًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> كل شهرين <input type="checkbox"/> شهريًا | هل انتهت الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. لماذا: إذا كانت الإجابة نعم، فمضى: |
| هل هذه الوظيفة هي دراسة عمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | إذا كان الجواب بنعم التحقق من المجموع مساعدات مالية جائزة متى ستنتهي هذه الوظيفة؟ |
| الدخل الإجمالي الفعلي (أو أرفق مخرج طباعة جدول الرواتب) عن الشهور الثلاث الماضية: | شهر: \$ |
| الدخل الإجمالي الفعلي للشهر الحالي والدخل الإجمالي المتوقع خلال الشهرين القادمين: | شهر: \$ |
| يقشيش <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم؛ إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد المرات وما مقداره؟ | |
| عمولات: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم؛ إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد المرات وما مقدارها؟ | |
| مكافآت <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم؛ إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد المرات وما مقدارها؟ | |
| بدل وقت إضافي: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم؛ إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد المرات وما مقداره؟ | |
| مواعيد العمل (من ضمنها المواعيد الفعلية حيثما أمكن): | |
| الأحد | الاثنين |
| الثلاثاء | الأربعاء |
| الخميس | الجمعة |
| السبت | الأحد |
| هل التأمين الصحي متاح؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |
| إذا كانت الإجابة نعم، فهل الموظف مدرج في الخطة الصحية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |
| متى تبدأ التغطية الصحية؟ | |
| ما هي نسبة الموظف من الأقساط؟ | |
| توقيع صاحب العمل/المفوض | التاريخ |
| اسم ومنصب صاحب العمل/المفوض | رقم الهاتف |