

취업 확인 Employment Verification

DSHS 우편물 주소
DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

DSHS 전화 번호

DSHS 팩스 번호
888-338-7410

사례 / 의뢰인 ID 번호

날짜

파란색 또는 검정색 볼펜을 사용하여 인쇄체나 활자로
기입하십시오.

1 부분: 의뢰인/고용인이 작성합니다.

사회보장부에게 정보를 제공할 수 있도록 저는 고용주를 위임합니다.

고용인 서명

사회 보장 번호 (선택 사항)

날짜

2 부분: 고용주가 작성합니다.

고용인 이름

고용주 이름

고용주 직함

고용주 주소

새로운 직장입니까?

아니요 예

직장의 시작일을 적어주십시오

월급을 처음 받은 날짜를 적어주십시오

1 주일의 평균 근무 시간

급료 (시간당, 일당 및 성과급)

채용 기간이 종료됐나요? 아니요 예
예일 경우, 언제부터: _____ 이유: _____

급료의 빈도: 일당 주당 격주 1 달의 2 번 월당

워크 스터디 직장입니까?

예 아니요

예일 경우, 총 재정 지원 수여액의 확인서를 제출해주십시오.

채용 기간은 언제까지입니까??

지난 3 개월간의 총소득 (급료 지불 수표의 사본을 첨부하셔도 좋습니다):

월
\$

월
\$

월
\$

이번 달의 총소득과 예측되는 다음 2 개월간의 총소득 금액:

이번 달:
\$

월
\$

월
\$

팁 아니요 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼마큼? _____

위탁 판매 아니요 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼마큼? _____

보너스 아니요 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼마큼? _____

초과 근무 아니요 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼마큼? _____

근무 일정 (가능한 정확한 시간을 적어주십시오):

월요일

화요일

수요일

목요일

금요일

토요일

일요일

건강 보험 혜택은 받을 수 있나요? 예 아니요

예일 경우, 고용인은 건강 보험에 등록되어 있나요? 예 아니요

보험은 언제부터 받게되나요?

고용인이 지불하는 보험료의 일부는 얼마인가요?

고용주/대리인 서명

날짜

고용주/대리인의 이름과 직함을 인쇄체로 적어주십시오

전화번호