

रोजगार प्रमणीकरण
 Employment Verification

DSHS पत्राचार ठेगाना

DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

DSHS फोन नम्बर

DSHS फ्याक्स नम्बर

888-338-7410

मुद्दा / ग्राहकको ID नम्बर

मिति

कृपया नीलो वा कालो मसी प्रयोग गरी प्रिन्ट वा टाइप गर्नुहोस्।

अनुभाग 1: ग्राहक/कर्मचारीले भर्नुपर्ने।						
म मेरो रोजगारदातालाई सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभागमा जानकारी खुलासा गर्न अधिकार प्रदान गर्दछु।						
कर्मचारीको हस्ताक्षर	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (वैकल्पिक)	मिति				
अनुभाग 2: रोजगारदाताले भर्नुपर्ने।						
कर्मचारीको नाम	रोजगारदाताको नाम:					
कर्मचारीको कार्य शीर्षक	रोजगारदाताको ठेगाना					
यो नयाँ जागिर हो? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो	कर्मचारीले कार्य सुरु गरेको मिति	पहिलो चेक प्राप्त गरेको मिति				
प्रति हप्ता औसत घण्टा	भुक्तान वा तलब दर (घण्टाको, दैनिक वा मात्रानुपातिक दर)	जागिर समाप्त भयो? <input type="checkbox"/> भएन <input type="checkbox"/> भयो यदि समाप्त भयो भने, कहिले: किन:				
भुक्तान आवृत्ति: <input type="checkbox"/> दैनिक <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> पाक्षिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक						
यो जागिर कार्य अध्ययन हो? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	यदि हो भने, कूल आर्थिक अनुदान पुरस्कारको प्रमाणीकरण उपलब्ध गराउनुहोस्	तपाईंको पद कहिले समाप्त हुनेछ?				
अन्तिम तीन महिनाको वास्तविक कूल आमदानी (वा पेरोलको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्):						
महिना: \$	महिना: \$	महिना: \$				
हालको महिनाको लागि वास्तविक कूल आमदानी र आगामी दुई महिनाका लागि अनुमानित कूल आमदानी:						
हालको महिना: \$	महिना: \$	महिना: \$				
बक्सिस <input type="checkbox"/> हुँदैन <input type="checkbox"/> हुन्छ; यदि हुन्छ भने, कहिले-कहिले र कति?	_____					
कमिसनहरू <input type="checkbox"/> हुँदैन <input type="checkbox"/> हुन्छ; यदि हुन्छ भने, कहिले-कहिले र कति?	_____					
बोनसहरू <input type="checkbox"/> हुँदैन <input type="checkbox"/> हुन्छ; यदि हुन्छ भने, कहिले-कहिले र कति?	_____					
ओभरटाइम <input type="checkbox"/> हुँदैन <input type="checkbox"/> हुन्छ; यदि हुन्छ भने, कहिले-कहिले र कति?	_____					
कार्य तालिका (सम्भव हुँदा सही समय समावेश गर्नुहोस्):						
सोमबार	मंगलबार	बुधबार	बिहीबार	शुक्रबार	शनिबार	आइतबार
स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध छ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन						
यदि छ भने, कर्मचारी स्वास्थ्य योजनामा नामांकन भएको छ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन						
यो कभरेज कहिले सुरु हुन्छ?						
कर्मचारीको प्रिमियम हिस्सा के हो?						
रोजगारदाता/अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर					मिति	
रोजगारदाता/अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको मुद्रित नाम र शीर्षक					फोन नम्बर	