

Verificação de vínculo empregatício

Employment Verification

Por gentileza, use caneta com tinta azul ou preta e escreva com letra de forma ou datilografe.

ENDEREÇO POSTAL DO DSHS

DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

NÚMERO DE TELEFONE DO DSHS

NÚMERO DE FAX DO DSHS
888-338-7410

NÚMERO DE ID DO CLIENTE/PROCESSO

DATA

Seção 1: A ser preenchido pelo cliente/funcionário.

Autorizo meu empregador a prestar informações ao Department of Social and Health Services.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL (OPCIONAL)

DATA

Seção 2: A ser preenchido pelo empregador.

NOME DO FUNCIONÁRIO

NOME DO EMPREGADOR

CARGO DO FUNCIONÁRIO

ENDEREÇO DO EMPREGADOR

Este é um novo emprego? Não Sim

DATA EM QUE O FUNCIONÁRIO COMEÇOU TRABALHANDO

DATA EM QUE O PRIMEIRO CHEQUE FOI PAGO

NÚMERO MÉDIO DE HORAS TRABALHADAS POR SEMANA

REMUNERAÇÃO OU SALÁRIO (POR HORA, POR DIA OU SALÁRIO-TAREFA)

O emprego já terminou? Não Sim
Caso afirmativo, quando: por que:

Frequência de pagamento: Por dia Por semana A cada duas semanas Duas vezes por mês Por mês

Este emprego faz parte do programa Work Study?
 Sim Não

SE A RESPOSTA FOR SIM, FORNEÇA UM COMPROVATIVO DO AUXÍLIO FINANCEIRO TOTAL

QUANDO O SEU CARGO SERÁ ENCERRADO?

Renda bruta real (ou coloque em anexo o espelho de pagamento) durante os três últimos meses:

MÊS:
\$

MÊS:
\$

MÊS:
\$

Renda bruta real para mês atual e renda bruta prevista para os próximos dois meses:

MÊS ATUAL:
\$

MÊS:
\$

MÊS:
\$

Gorjetas Não Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Comissões Não Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Bônus Não Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Hora extra Não Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____

Cronograma de trabalho (incluir os horários exatos sempre que possível):

SEGUNDA-FEIRA

TERÇA-FEIRA

QUARTA-FEIRA

QUINTA-FEIRA

SEXTA-FEIRA

SÁBADO

DOMINGO

Você conta com seguro saúde à disposição? Sim Não

Caso afirmativo, o funcionário está inscrito no plano de saúde? Sim Não

Qual é a data de início da cobertura?

Qual é o valor que o funcionário deve pagar como mensalidade?

ASSINATURA DO EMPREGADOR/REPRESENTANTE

DATA

NOME E CARGO DO EMPREGADOR/REPRESENTANTE, EM LETRA DE FORMA

NÚMERO DE TELEFONE