

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? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	QUAL O TIPO DE PROGRAMA? <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Federal	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	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Comissões	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Bônus	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; caso afirmativo, com que frequência e qual é o valor? _____
Hora extra	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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
---	--------------------