

## Verificação de vínculo empregatício Employment Verification

ENDEREÇO POSTAL DO DSHS <b>DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905</b>	
NÚMERO DE TELEFONE DO DSHS	NÚMERO DE FAX DO DSHS <b>888-338-7410</b>
NÚMERO DE ID DO CLIENTE/PROCESSO	DATA

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

<b>Seção 1: A ser preenchido pelo cliente/funcionário.</b>			
<b>Autorizo meu empregador a prestar informações ao Department of Social and Health Services.</b>			
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL (OPCIONAL)	DATA	
<b>Seção 2: A ser preenchido pelo empregador.</b>			
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: <input type="checkbox"/> Por dia <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Caso afirmativo, o funcionário está inscrito no plano de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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