Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Справка с места работы
Employment Verification

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ДЕПАРТАМЕНТА DSHS **DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905**	
ТЕЛЕФОН DSHS	ФАКС DSHS **888-338-7410**
НОМЕР ДОСЬЕ/КЛИЕНТА	ДАТА

Пожалуйста, используйте синие или черные чернила, и пишите печатными буквами.

Раздел 1: Заполняется клиентом / работником.

Я разрешаю своему работодателю раскрыть информацию Департаменту социального обеспечения и здравоохранения.

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	ДАТА

Раздел 2: Заполняется работодателем.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА	ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ
ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ

Это новый вид работы? ☐ Нет ☐ Да	ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА

СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	СТАВКА ОПЛАТЫ ИЛИ ОКЛАД (ПОЧАСОВАЯ, ДНЕВНАЯ ИЛИ СДЕЛЬНАЯ СТАВКА)	Закончилась ли работа? ☐ Нет ☐ Да Если да, то когда: почему:

Периодичность оплаты: ☐ Ежедневно ☐ Еженедельно ☐ Каждые две недели ☐ Два раза в месяц ☐ Ежемесячно

ЭТО РАБОТА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «УЧЕБА И РАБОТА» (WORK STUDY)? ☐ Да ☐ Нет	КАКОЙ ТИП ПРОГРАММЫ «УЧЕБА И РАБОТА? ☐ Штат ☐ Федеральная	ЕСЛИ ДА, ПРЕДСТАВЬТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОБЩЕЙ СУММЫ ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ	КОГДА ИСТЕЧЕТ СРОК РАБОТЫ В ДАННОЙ ДОЛЖНОСТИ

Фактический валовый доход (или приложите распечатку платежной ведомости) за последние три месяца:

МЕСЯЦ: $	МЕСЯЦ: $	МЕСЯЦ: $

Фактический валовый доход за текущий месяц и ожидаемый валовый доход за следующие два месяца:

ТЕКУЩИЙ МЕСЯЦ: $	МЕСЯЦ: $	МЕСЯЦ: $

Чаевые ☐ Нет ☐ Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Комиссионные ☐ Нет ☐ Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Премии ☐ Нет ☐ Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Сверхурочные ☐ Нет ☐ Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

График работы (указывайте точное время, если это возможно):

ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ

Предоставляется ли медицинское страхование? ☐ Да ☐Нет

Если да, то включен ли работник в план страхования? ☐ Да ☐Нет

Когда начинает действовать оплата расходов согласно страховому плану?

Какую часть страховых взносов оплачивает работник?

ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	ДАТА
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА