

## 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				

Пожапуйста, используйте синие или черные

Раздел 1: Заполняется клиентом / работником. Я разрешаю своему работодателю раскрыть информацию Департаменту социального обеспечения издравоохранения. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА  Раздел 2: Заполняется работодателем. ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОМНИКА  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТЬ  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТЬ  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТЬ  ДОТОМНИКА  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТНИКА  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТЕЛЬНИЯ  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТЬ  ДОТОМНИКА  ДОТОМНИКА  ДОТОМНОСТЬ ПОДВОТНИКА  ДОТОМНОСТЬ П	чернила, и пишите печатными буквами.	пые						
В ЗДРАВООХРАНЕНИЯ   ДАТА   НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ   ДАТА					l			
Раздел 2: Заполняется работодателем.  ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ЗТО НОВЫЙ ВИД РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ДОТА НАЧАПА РАБОТЫ  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ДОТА НАЧАПА РАБОТЫ  ДОЛЖНОСТЬ ДА, ТО КОГДА  ПОЧИМОННОЕ ВИЕРДЕЛИ ДВЯ В РАВОВ В МЕСЯЦ  В М								
Раздел 2: Заполняется работодателем.  ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ЗТО НОВЫЙ ВИД РАБОТЫ?  ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ЗТО НОВЫЙ ВИД РАБОТЫ?  ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ЗАКОНЧИЛЯСЬ ЛИ РАБОТА?  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО  ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО  ДЕКА  ДАТА  ДАТА  ДАТА  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОВОТОТАТИЯ ПОВОТАТЕЛЯ  ДАТА  ДАТ		НОМЕР СОЦ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕН					
ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА  ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ  ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА  Закончилась ли работа?								
ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА   ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	Раздел 2: Заполняется работодателем.							
Это новый вид работы?    Нет				БОТОДАТЕЛЯ				
Это новый вид работы?    Нет	ЛОПЖНОСТЬ РАБОТНИКА							
Нет	Assumed B 17 Be 11 wild.	7Д. 2017.Во	ALICOTABOTOMATERNI					
Периодичность оплаты:    Ставис оппаты или оклад (почасовая, дневная или сдельная ставка)   Ставис оппаты или оклад (почасовая, дневная или сдельная ставка)   Ставис оппаты:   Сжеднев количество оплаты:   Сжедневно   Сженедельно   Каждые две недели   Два раза в месяц   Сжемесячно   Загота в рамках почему:   Спориодичность оплаты:   Сжедневно   Сженедельно   Каждые две недели   Два раза в месяц   Сжемесячно   Загота в рамках почему:   Спориодичность оплаты:   Сжедневно   Скаждые две недели   Два раза в месяц   Сжемесячно   Всли да, представате подтверждение общей (Суммы передоставленной должности)   Два раза в месяц   Скора да предотавленной должности   Два раза в месяц   Скора да предотавленной должности   Два раза в месяц   Скора да предотавленной должности   Два должн	Это новый вид работы?	НАЧАЛА РАБОТЬ	ol					
Закончилась ли работа?   Нет					-ILIVA			
ВСЛИ ДА, ТО КОГДА: ПОЧЕМУ:   Периодичность оплаты:								
ТОР РАБОТА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «УЧЕБА И РАБОТА? «УЕБА И РАБОТА? «УЕБА И РАБОТА? «УЕБА И РАБОТА» (СУМОКТ STUDY)?								
ПРОГРАММЫ «УЧЕБА И РАБОТА? МОЖОК STUDY)?	Периодичность оплаты: 🗌 Ежедневно 🔲 Ежен	недельно 🗌 Ка	ждые д	две недели 🗌 Дв	ва раза в меся	ц 🗌 Ежемесячно		
РАБОТА» (WORK STUDY)?								
Фактический валовый доход (или приложите распечатку платежной ведомости) за последние три месяца:  МЕСЯЦ:  МЕ					ДОЛЖНОСТИ			
МЕСЯЦ: \$ МЕСЯЦ: \$ МЕСЯЦ: \$ МЕСЯЦ: \$ Фактический валовый доход за текущий месяц и ожидаемый валовый доход за следующие два месяца: ТЕКУЩИЙ МЕСЯЦ: \$	□ Да □ Нет □ □ □ · · ·	ФИНА	HCOBC	ОЙ ПОМОЩИ				
МЕСЯЦ: \$ МЕСЯЦ: \$ МЕСЯЦ: \$ МЕСЯЦ: \$ Фактический валовый доход за текущий месяц и ожидаемый валовый доход за следующие два месяца: ТЕКУЩИЙ МЕСЯЦ: \$	Фонтиновиий родорый доход (иди придожите в возмение в в возмение в в возмение в возмение в возмение в в возмение в в возмение в в в в в в в в в в в в в в в в в в в							
\$         \$           Фактический валовый доход за текущий месяц и ожидаемый валовый доход за следующие два месяца:           ТЕКУЩИЙ 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?         Дата           ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ         ДАТА           Имя, фамилия и должность работодателя / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ         НОМЕР ТЕЛЕФОНА								
ТЕКУЩИЙ МЕСЯЦ:  \$     МЕСЯЦ:		٦.			· <del>-1</del> ·			
\$ Чаевые	Фактический валовый доход за текущий месяц и ожидаемый валовый доход за следующие два месяца:							
Чаевые	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			СЯЦ:			
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 ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	<u> </u>							
Премии	Чаевые	, укажите, как	часто	и сколько?				
Сверхурочные	Комиссионные 🗌 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 номер телефона	Премии							
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  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА	Сверхурочные 🔲 Нет 🔲 Да; если да	, укажите, как	часто	и сколько?				
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  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА	График работы (указывайте точное время, если это возможно):							
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  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ПОНЕДЕЛЬНИК ВТОРНИК СРЕДА	ЧЕТВЕГ	РГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ		
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  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА								
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  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА								
Когда начинает действовать оплата расходов согласно страховому плану?  Какую часть страховых взносов оплачивает работник?  ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА	Предоставляется ли медицинское страхование? 🔲 Да 🔲Нет							
Какую часть страховых взносов оплачивает работник?  ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА	Если да, то включен ли работник в план страхования? 🔲 Да 🔲Нет							
ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ  НОМЕР ТЕЛЕФОНА	Когда начинает действовать оплата расходов согласно страховому плану?							
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	Какую часть страховых взносов оплачивает работник?							
	ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ			ДАТА				
	ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / Г	<u> ТРЕДСТАВИТЕЛЯ</u>	1 РАБОТ	ГОДАТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФ	рона Рона		
		11-11-11						