

Підтвердження зайнятості Employment Verification

ПОШТОВА АДРЕСА DSHS

DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ DSHS

НОМЕР ФАКСУ DSHS:

888-338-7410

НОМЕР СПРАВИ / ID КЛІЄНТА

ДАТА

Будь ласка, користуйтеся чорнилом синього або чорного кольору та пишіть друкованими літерами або роздрукуйте.

Розділ 1: Заповнюється клієнтом/працівником.

Я уповноважую свого роботодавця надати інформацію до Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я.

ПІДПИС ПРАЦІВНИКА

НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (ЗА БАЖАННЯМ)

ДАТА

Розділ 2: Заповнюється роботодавцем.

ІМ'Я ПРАЦІВНИКА

ІМ'Я РОБОТОДАВЦЯ

ПОСАДА ПРАЦІВНИКА

АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ

Чи є ця робота новою? Ні Так

ВКАЖІТЬ ДАТУ, З ЯКОЇ ПРАЦІВНИК ПОЧАВ ПРАЦЮВАТИ

ВКАЖІТЬ ДАТУ ОТРИМАННЯ ПЕРШОГО ЧЕКУ

СЕРЕДНЯ КІЛЬКІСТЬ ГОДИН НА ТИЖДЕНЬ

ТАРИФ ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТНІ (ПОГОДИННИЙ, ПОДЕННИЙ АБО ВІДРЯДНИЙ)

Робота закінчилась? Ні Так
якщо так, коли: _____
чому: _____

Як часто відбуваються виплати: Щоденно Щотижнево Кожні два тижні Двічі на місяць Щомісяця

ЧИ Є ЦЯ РОБОТА НАВЧАЛЬНОЮ ПРАКТИКОЮ?
 Так Ні

ТИП НАВЧАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ?
 Регіональна (Штат)
 Федеральна

ЯКЩО ТАК, НАДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПОВНОГО ФІНАНСОВОГО СПРИЯННЯ

КОЛИ ВАША РОБОТА ЗАКІНЧУЄТЬСЯ?

Фактичний загальний прибуток (або додайте роздруковану платіжну відомість) за останні три місяці:

МІСЯЦЬ:
\$

МІСЯЦЬ:
\$

МІСЯЦЬ:
\$

Фактичний загальний прибуток поточного місяця та очікуваний загальний прибуток наступних двох місяців:

ПОТОЧНИЙ МІСЯЦЬ:
\$

МІСЯЦЬ:
\$

МІСЯЦЬ:
\$

Чайові Ні Так; якщо так, як часто та скільки? _____

Комісійні Ні Так; якщо так, як часто та скільки? _____

Премії Ні Так; якщо так, як часто та скільки? _____

Понаднормові Ні Так; якщо так, як часто та скільки? _____

Робочий графік (вкажіть точний час, якщо це можливо):

ПОНЕДІЛОК

ВІВТОРОК

СЕРЕДА

ЧЕТВЕР

П'ЯТНИЦЯ

СУБОТА

НЕДІЛЯ

Чи є доступним медичне страхування? Так Ні

Якщо так, чи бере участь у медичному страхуванні працівник? Так Ні

Коли починається страховий захист?

Якою є частка страхової премії працівника?

ПІДПИС РОБОТОДАВЦЯ/УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ

ДАТА

ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ІМ'Я ТА ПОСАДА РОБОТОДАВЦЯ/УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ