



离职 Stop Work

DSHS 邮寄地址 DSHS PO BOX 11699 TACOMA, WA 98411-9905	
DSHS 电话号码	DSHS 传真号码 888-338-7410
个案/当事人身份识别号码	日期

第 1 部分：在将离职前，当事人应填写此部分。

在此处签名，即表示我授权我的雇主填写社会福利服务部的表格。

个案当事人签名	日期	服务对象：请在此处请工整填写您的姓名
---------	----	--------------------

公司名称/前雇主

公司/前雇主街道地址 城市 州 邮政编码

第 2 部分：该公司的人员知晓在此部分填写就业和支付信息。

1. 员工离职的最后一天是？ _____

2. 离职工资金额（税前）：\$ _____ 收到日期： _____

列出在同一月中作为离职工资收到其他工资的金额（税前）和收到日期：

收款金额（税前）	收到日期
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____

3. 离职原因？

- 无工作 临时性/季节性工作 下岗
 休假（例如假期或产假）。判断题： 已支付 未支付

如果已支付，员工需要支付的金额：\$ _____

员工预计返岗时间？ _____

其他： _____

4. 员工是否获得任何遣散费？ 是 否

若是如此：收到日期？ _____ 金额数量？ \$ _____

5. 员工是否可以将休假工资/病假工资取现？ 是 否

若是如此：收到日期？ _____ 金额数量？ \$ _____

6. 员工是否可以取出退休金/抚恤金/401K 基金？ 是 否

若是如此：收到日期？ _____ 金额数量？ \$ _____

请提供以下信息，以防万一我们需要联系您：

签名	日期	电话号码
请工整填写您的姓名	职位/职称	