

## Arrêt de travail Stop Work

ADRESSE DU DSHS <b>DSHS PO BOX 11699 TACOMA, WA98411-9905</b>	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DSHS	NUMÉRO DE FAX DU DSHS <b>888-338-7410</b>
ID DU CLIENT/DOSSIER	DATE

**Section 1 : cette section doit être remplie par le client avant de l'apporter à son emploi ayant pris fin.**

**En apposant ma signature ici, je consens à ce que mon employeur remplisse ce formulaire pour le Département de la santé et des services sociaux (Department of Social and Health Services).**

SIGNATURE DU CLIENT	DATE	NOM DU CLIENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	
NOM DE LA SOCIÉTÉ/DE L'EX-EMPLOYEUR			
ADRESSE DE LA SOCIÉTÉ/DE L'EX-EMPLOYEUR : RUE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

**Section 2 : cette section doit être remplie par l'employé de la société disposant des renseignements relatifs à l'emploi et à la rémunération.**

1. Quel a été le dernier jour de travail de l'employé(e) ? \_\_\_\_\_
2. Montant du dernier chèque de paie (avant les retenues) : \$ \_\_\_\_\_ Date de réception : \_\_\_\_\_  
 Dresser la liste des montants (avant taxes) et des dates des autres chèques de paie reçus au cours du même mois que le chèque de paie final :
 

MONTANT REÇU (AVANT TAXES)	DATE DE RÉCEPTION
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
3. Quel est le motif de la cessation d'emploi ?
  - Manque de travail  Emploi temporaire/saisonnier  Mise à pied
  - Congé (par ex. absence autorisée ou congé parental). Ce congé est :  Rémunéré  Non rémunéré
  - S'il est rémunéré, montant payé à l'employé(e) : \$ \_\_\_\_\_
  - Date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_
  - Autre : \_\_\_\_\_
4. L'employé recevra-t-il une indemnité de licenciement ?  Oui  Non  
 SI OUI : À quelle date sera-t-elle payée ? \_\_\_\_\_ Quel en sera le montant ? \$ \_\_\_\_\_
5. L'employé(e) peut-il(elle) toucher une paie de vacances/maladie ?  Oui  Non  
 SI OUI : À quelle date sera-t-elle payée ? \_\_\_\_\_ Quel en sera le montant ? \$ \_\_\_\_\_
6. L'employé(e) peut-il/elle retirer des fonds d'une caisse de retraite, d'une rente ou d'un 401K ?  Oui  Non  
 SI OUI : À quelle date seront-ils payés ? \_\_\_\_\_ Quel en sera le montant ? \$ \_\_\_\_\_

Veuillez fournir les renseignements suivants au cas où nous devrions vous joindre :

SIGNATURE	DATE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
ÉCRIRE VOTRE NOM EN LETTRES D'IMPRIMERIE	FONCTION/TITRE	