



**就业情况
核实
Employment
Verification**

日期:
个案当事人身份 识别号码

第 1 部分：由个案当事人/雇员填写。

本人授权我的雇主将相关信息透露给儿童、青少年和家庭服务部。

雇员签名	社会安全号码 (自愿填写)	日期
------	---------------	----

第 2 部分：由雇主填写。

雇员姓名	雇主姓名或名称
雇员职称	雇主地址

是否是新工作? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	雇员开始工作的日期	收到第一张支票的日期
---	-----------	------------

每周工作的平均小时数	工资或薪资 (每小时、每天或计件工资率)	此工作是否已经结束? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 何时结束: _____ 原因: _____
------------	----------------------	---

多久发薪一次: 每天一次 每周一次 每两周一次 每月两次 每月一次

此工作是否为勤工俭学? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是如此, 请提供财务援助奖励总金额的证明	您的职位何时结束?
--	-----------

最近三个月的实际总收入 (或者随附工资单副本):

月: \$ _____	月: \$ _____	月: \$ _____
----------------	----------------	----------------

当月的实际总收入以及此后两个月的预估总收入:

当月: \$ _____	月: \$ _____	月: \$ _____
-----------------	----------------	----------------

小费 否 是; 若是如此, 多久一次, 每次金额多少? _____

佣金 否 是; 若是如此, 多久一次, 每次金额多少? _____

奖金 否 是; 若是如此, 多久一次, 每次金额多少? _____

加班费 否 是; 若是如此, 多久一次, 每次金额多少? _____

工作时间安排 (若可能的话, 请包括准确时间):

周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
----	----	----	----	----	----	----

是否提供健康保险? 是 否

若是如此, 该名雇员是否已加入健康保险计划? 是 否

保险福利何时开始?

由雇员支付的保险费份额是多少?

雇主/代表签名	日期
雇主/代表姓名与职称 (请工整填写)	电话号码