تاریخ:
شماره شناسائی مؤکل

تائید استخدام
Employment Verification

Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

بخش 1: توسط مؤکل/کارمند خانه پری گردد.

من کارفرمای خود را بخاطر انتشار معلومات به وزارت اطفال، جوانان، و خانواده ها صلاحیت میدهم.

امضای کارمند	شماره امنیت اجتماعی (اختیاری)	تاریخ

بخش 2: توسط کارفرما خانه پری گردد.

نام کارمند	نام کارفرما
عنوان وظیفه کارمند	آدرس کارفرما

آیا این یک وظیفه جدید است؟ ☐ نخیر ☐ بلی	تاریخ آغاز کار توسط کارمند	تاریخ دریافت نخستین بررسی

اوسط ساعات فی هفته	میزان پرداخت یا معاش (ساعتوار، روزانه یا روزمزد)	آیا وظیفه به اتمام رسیده؟ ☐ نخیر ☐ بلی اگر بلی، چه وقت: چرا:

تکرار پرداخت: ☐ روزانه ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته در میان ☐ دوبار در یک ماه ☐ ماهوار

ایا این وظیفه سروی کاری میباشد؟ ☐ بلی ☐ نخیر	اگر بلی، تائیدی اعانه کاملی مالی را فراهم سازید	پست شما چه زمانی ختم میشود؟

درامد ناخالص حقیقی (یا پرنت پرداخت را ضمیمه کنید) برای حد اقل سه ماه:

ماه: دالر	ماه: دالر	ماه: دالر

انعام ☐ نخیر ☐ بلی; اگر بلی، چند وقت و چه مقدار؟ _____

کمیشن ☐ نخیر ☐ بلی; اگر بلی، چند وقت و چه مقدار؟ _____

پاداش ☐ نخیر ☐ بلی; اگر بلی، چند وقت و چه مقدار؟ _____

اضافه کاری ☐ نخیر ☐ بلی; اگر بلی، چند وقت و چه مقدار؟ _____

جبران هزینه ها ☐ نخیر ☐ بلی; اگر بلی، چند وقت و چه مقدار؟ _____

تقسیم اوقات کاری (بشمول اوقات دقیق درصورت امکان):

دوشنبه	سه شنبه	چهار شنبه	پنجشنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه

امضای کارفرما/نماینده	تاریخ
نام و موقف کارفرما/نماینده به حروف بزرگ	شماره تلیفون

میتوانید این فورم را به این آدرس روان کنید:

فکس: 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center
Department of Children, Youth, and Families
P.O. Box 11346
Tacoma WA 98411-9903