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

اگر بلی، تائیدی اعانه کاملی مالی را فراهم سازید	ایا این وظیفه سروی کاری میباشد؟ ☐ بلی ☐ نخیر	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

درامد ناخالص حقیقی برای ماه جاری و درامد ناخالص پیشبینی شده برای دو ماه بعدی:

ماه جاری: 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؟ _____

تقسیم اوقات کاری (بشمول اوقات دقیق درصورت امکان):

دوشنبه	سه شنبه	چهار شنبه	پنجشنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه

آیا بیمه صحی موجود میباشد؟ ☐ بلی ☐ نخیر

اگر بلی، آیا کارمند در پلان صحی ثبت نام نموده است؟ ☐ بلی ☐ نخیر

پوشش مذکور چه وقت آغاز میشود؟

بخش حق بیمه کارمند چه میباشد؟

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