



**تأیید
استخدام
Employment
Verification**

تاریخ:

شماره شناسه مشتری

قسمت 1: توسط مشتری/کارگر پر شود.

من به کارفرمای خویش اجازه می‌دهم که اطلاعات را در اختیار وزارت کودکان، جوانان و خانواده‌ها قرار دهد.

امضای کارگر	شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)	تاریخ
-------------	-------------------------------	-------

قسمت 2: توسط کارگر پر شود.

نام کارگر	نام کارفرما
عنوان شغلی کارگر	نشانی کارفرما

آیا این شغلی جدید است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تاریخ شروع به کار کارگر	تاریخ دریافت اولین چک
------------------------	---	-------------------------	-----------------------

میانگین ساعات کار در هفته	نرخ پرداختی یا حقوق (ساعتی، روزانه یا نرخ واحد کار)	آیا کار به پایان رسیده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
		چرا:	اگر بله، چه زمانی:

بازه پرداخت:	<input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهانه
--------------	---

آیا این شغل «مطالعه کار» است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، تأییدیه مجموع کمک مالی پرداختی را ارائه کنید	چه زمانی موقعیت شغلی شما پایان می‌پذیرد؟
-------------------------------	---	---	--

درآمد ناخالص واقعی (یا پرینت پرداختی واقعی) برای سه ماه اخیر:	ماه: _____ دلار	ماه: _____ دلار	ماه: _____ دلار
---	-----------------	-----------------	-----------------

درآمد ناخالص واقعی برای ماه فعلی و درآمد ناخالص پیش‌بینی شده برای دو ماه آتی:	ماه فعلی: _____ دلار	ماه: _____ دلار	ماه: _____ دلار
---	----------------------	-----------------	-----------------

انعام	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟
کمسیون	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟
پاداش	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟
اضافه کار	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟

زمان‌بندی کاری (هر جا که ممکن است به زمان دقیق اشاره کنید):	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنجشنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه
---	--------	---------	----------	---------	------	------	--------

آیا بیمه سلامت دارید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اگر بله، آیا کارگر در طرح سلامت ثبت نام کرده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش بیمه چه زمانی شروع می‌شود؟	
سهم کارگر از حق بیمه چقدر است؟	

امضای کارفرما/نماینده	تاریخ
-----------------------	-------

نام و عنوان کارفرما/نماینده با حروف بزرگ	شماره تلفن
--	------------