



**Підтвердження  
Працевлаштування**  
Employment  
Verification

Дата:

Ідентифікаційний  
номер клієнта

**Розділ 1: Заповнюється клієнтом/працівником.**

**Я уповноважую свого роботодавця надати інформацію до Департаменту у справах дітей, молоді та родин.**

ПІДПИС ПРАЦІВНИКА	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (ЗА БАЖАННЯМ)	ДАТА
-------------------	---	------

**Розділ 2: Заповнюється роботодавцем.**

ІМ'Я ПРАЦІВНИКА	НАЗВА / ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ РОБОТОДАВЦЯ
-----------------	--------------------------------------

НАЗВА ПОСАДИ	АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ
--------------	--------------------

Чи є ця робота новою? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	ВКАЖІТЬ ДАТУ, З ЯКОЇ ПРАЦІВНИК ПОЧАВ ПРАЦЮВАТИ	ВКАЖІТЬ ДАТУ ОТРИМАННЯ ПЕРШОГО ЧЕКУ
--	---	--

СЕРЕДНЯ КІЛЬКІСТЬ ГОДИН НА ТИЖДЕНЬ	ТАРИФ ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТНІ (ПОГОДИННИЙ, ПОДЕННИЙ АБО ВІДРЯДНИЙ)	Робота закінчилась? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, коли: _____ чому: _____
---------------------------------------	--	--

Періодичність виплат:  Щоденно  Щотижнево  Кожні два тижні  Двічі на місяць  Щомісяця

Чи є ця робота навчальною практикою? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	ЯКЩО «ТАК», НАВЕДІТЬ ДАНІ ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ СУМИ ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ	КОЛИ ВАША РОБОТА ЗАКІНЧУЄТЬСЯ?
---	--	-----------------------------------

Фактичний загальний прибуток (або додайте роздруковану платіжну відомість) за останні три місяці:

МІСЯЦЬ: \$	МІСЯЦЬ: \$	МІСЯЦЬ: \$
---------------	---------------	---------------

Фактичний загальний прибуток поточного місяця та очікуваний загальний прибуток наступних двох місяців:

ПОТОЧНИЙ МІСЯЦЬ: \$	МІСЯЦЬ: \$	МІСЯЦЬ: \$
------------------------	---------------	---------------

Чайові  Ні  Так; якщо так, як часто та скільки? \_\_\_\_\_

Комісійні  Ні  Так; якщо так, як часто та скільки? \_\_\_\_\_

Премії  Ні  Так; якщо так, як часто та скільки? \_\_\_\_\_

Понаднормові  Ні  Так; якщо так, як часто та скільки? \_\_\_\_\_

Робочий графік (вказіть точний час, якщо це можливо):

ПОНЕДІЛОК	ВІВТОРОК	СЕРЕДА	ЧЕТВЕР	П'ЯТНИЦЯ	СУБОТА	НЕДІЛЯ
-----------	----------	--------	--------	----------	--------	--------

Чи є доступним медичне страхування?  Так  Ні

Якщо так, чи бере участь у медичному страхуванні працівник?  Так  Ні

Коли починається страховий захист?

Якою є частка страхової премії працівника?

ПІДПИС РОБОТОДАВЦЯ/УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ	ДАТА
--	------

ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ ІМ'Я ТА ПОСАДА РОБОТОДАВЦЯ/УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
--	----------------