



**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: \$
---------------	---------------	---------------

Чайові	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так; якщо так, як часто та скільки? _____
Комісійні	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так; якщо так, як часто та скільки? _____
Премії	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так; якщо так, як часто та скільки? _____
Понаднормові	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так; якщо так, як часто та скільки? _____
Компенсації	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так; якщо так, як часто та скільки? _____

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

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

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

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

Повернути цю форму:

Факс: 1-877-309-9747

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