



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Employment Verification (Verifikasi Ketenagakerjaan)

Tanggal:

No. ID klien

Bagian 1: Diisi oleh klien/karyawan.

Saya dengan ini mengizinkan atasan saya untuk menyerahkan informasi kepada Department of Children, Youth, and Families (Departemen Anak-anak, Remaja, dan Keluarga).

TANDA TANGAN ATASAN

NOMOR JAMINAN SOSIAL/SSN (OPSIONAL)

TANGGAL

Bagian 2: Diisi oleh atasan.

NAMA KARYAWAN

NAMA ATASAN

JABATAN KARYAWAN

JABATAN ATASAN

Apakah ini pekerjaan baru?

☐ Tidak ☐ Ya

TANGGAL KARYAWAN MULAI BEKERJA

TANGGAL SLIP GAJI/HONOR
PERTAMA KALI DITERIMA

RATA-RATA JAM KERJA
PER MINGGU

TARIF GAJI/HONOR (PER JAM,
HARIAN, ATAU PER PROYEK)

Apakah pekerjaan sudah selesai? ☐ Tidak ☐ Ya
Jika ya, kapan: alasan:

Frekuensi pembayaran: ☐ Harian ☐ Mingguan ☐ Dua mingguan ☐ Dua kali sebulan ☐ Bulanan

Apakah pekerjaan ini berupa
Studi/Magang Belajar?
☐ Ya ☐ Tidak

JIKA YA, BERIKAN VERIFIKASI TOTAL
HIBAH BANTUAN KEUANGAN

KAPAN JABATAN ANDA AKAN
BERAKHIR?

Pendapatan kotor aktual (atau lampirkan fotokopi slip gaji) selama tiga bulan terakhir:

BULAN:

\$

BULAN:

\$

BULAN:

\$

Uang Tip ☐ Tidak ☐ Ya; Jika ya, seberapa sering dan berapa banyak? _____

Komisi ☐ Tidak ☐ Ya; Jika ya, seberapa sering dan berapa banyak? _____

Bonus ☐ Tidak ☐ Ya; Jika ya, seberapa sering dan berapa banyak? _____

Uang Lembur ☐ Tidak ☐ Ya; Jika ya, seberapa sering dan berapa banyak? _____

Reimburse ☐ Tidak ☐ Ya; Jika ya, seberapa sering dan berapa banyak? _____

Jadwal kerja (Sertakan jam pastinya jika memungkinkan):

SENIN

SELASA

RABU

KAMIS

JUMAT

SABTU

MINGGU

TANDA TANGAN ATASAN/PERWAKILAN

TANGGAL

NAMA TERANG DAN JABATAN ATASAN/PERWAKILAN

NOMOR TELEPON

Formulir ini dapat diserahkan kepada:

Faks: Faks 1-877-309-9747

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