



**Verifikimi i  
Punësimit**  
Employment Verification

Data:

NUMRI I IDENTIFIKIMIT  
TË KLIENTIT

**Pjesa 1: Të plotësohet nga klienti/punëmarrësi.**

**Autorizoj punëdhënësin tim që t'i japë informacion Departamentit të Fëmijëve, të Rriturve dhe Familjeve.**

FIRMA E PUNËMARRËSIT	NUMRI I SIGURIMEVE SHOQËRORE (FAKULTATIV)	DATA
----------------------	---	------

**Pjesa 2: Të plotësohet nga klienti/punëdhënësi.**

EMRI I PUNËMARRËSIT	EMRI I PUNËDHËNËSIT
---------------------	---------------------

TITULLI I PUNËS I PUNËMARRËSIT	ADRESA E PUNËDHËNËSIT
--------------------------------	-----------------------

A është kjo një punë e re? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po	DATA KUR PUNËDHËNËSI FILLOI PUNË	DATA KUR U MOR ÇEKU I PARË
--	----------------------------------	----------------------------

ORËT MESATARE NË JAVË	NIVELI I PAGESËS OSE PAGA (ÇDO ORË, DITË OSE NIVELI I Pjesës)	A ka përfunduar puna? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po Nëse po, kur:                      pse:
-----------------------	---	--

Shpeshtësia e pagesës:  Çdo ditë     Çdo javë     Çdo dy javë     Dy herë në muaj     Çdo muaj

A është kjo punë studim i punës? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	NËSE PO, JEPNI VERIFIKIMIN E SHUMËS GJITHSEJ TË NDIHMËS FINANCIARE	KUR DO TË PËRFUNDOJË KJO PUNË?
---	--	--------------------------------

E ardhura bruto e tanishme për këtë muaj dhe e ardhura e pritshme bruto për dy muajt e ardhshëm:

MUAJI I TANISHËM: \$	MUAJI: \$	MUAJI: \$
-------------------------	--------------	--------------

Bakshishe	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po; nëse po, sa shpesh dhe sa shumë?	_____
Komisione	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po; nëse po, sa shpesh dhe sa shumë?	_____
Shpërblime	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po; nëse po, sa shpesh dhe sa shumë?	_____
Kohë shtesë	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po; nëse po, sa shpesh dhe sa shumë?	_____
Rimbursime	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po; nëse po, sa shpesh dhe sa shumë?	_____

Orari i punës (përfshini orën e saktë kur është e mundur):

E HËNË	E MARTË	E MËRKURË	E ENJTE	E PREMTE	E SHTUNË	E DIELË

FIRMA E PUNËDHËNËSIT/PËRFAQËSUESIT	DATA
------------------------------------	------

EMRI DHE FUNKSIONI ME GËRMA SHTYPI I PUNËDHËNËSIT / PËRFAQËSUESIT	NUMRI I TELEFONIT
---	-------------------

Ky formular mund të kthehet tek:

Faks: 1-877-309-9747

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