



**Подтверждение
Трудоустройства**
Employment
Verification

Дата:

Идентификационный
номер клиента

Раздел 1: Заполняется клиентом / работником.

Я разрешаю своему работодателю раскрыть информацию Департаменту по делам детей, молодежи и семей.

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	ДАТА
-------------------	--	------

Раздел 2: Заполняется работодателем.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА	МЕСТО РАБОТЫ
------------------------	--------------

ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ
---------------------	--------------------

Это новый вид работы? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	УКАЖИТЕ ДАТУ НАЧАЛА РАБОТЫ	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА
---	----------------------------	--------------------------------

СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	СТАВКА ОПЛАТЫ ИЛИ ОКЛАД (ПОЧАСОВАЯ, ДНЕВНАЯ ИЛИ СДЕЛЬНАЯ СТАВКА)	Закончилось ли трудоустройство? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то когда: _____ почему: _____
---	--	--

Периодичность оплаты: Ежедневно Еженедельно Каждые две недели Два раза в месяц
 Ежемесячно

Это работа в рамках программы "Работа и учеба" (Work Study)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ЕСЛИ «ДА», ПРИВЕДИТЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ ОБЩЕЙ СУММЫ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ	КОГДА ИСТЕЧЕТ СРОК РАБОТЫ В ДАННОЙ ДОЛЖНОСТИ?
--	--	--

Фактический валовой доход (или приложите распечатку платежной ведомости) за последние три месяца:

МЕСЯЦ: \$	МЕСЯЦ: \$	МЕСЯЦ: \$
--------------	--------------	--------------

Чаевые Нет Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Комиссионные Нет Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Премии Нет Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Сверхурочные Нет Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

Компенсации Нет Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____

График работы (указывайте точное время, если это возможно):

ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
-------------	---------	-------	---------	---------	---------	-------------

ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	ДАТА
---	------

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---	----------------

Эту форму можно отправить по факсу или по почте:

Факс: 1-877-309-9747

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