



# 就业情况核实 Employment Verification

DSHS 邮寄地址  
DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

DSHS 电话号码

DSHS 传真号码  
888-338-7410

个案/当事人 ID 编号

日期

请使用蓝色或黑色笔工整填写，或以打字方式填写。

## 第 1 部份：由个案当事人/雇员填写。

本人授权我的雇主将相关信息透露给社会福利服务部。

雇员签名

社会安全号码（自愿填写）

日期

## 第 2 部份：由雇主填写。

雇员姓名

雇主姓名或名称

雇员职位

雇主地址

是否是新工作？  否  是

请填写雇员开始工作的日期

收到第一张支票的日期

每周工作的平均小时数

工资或薪资（每小时、每天或计件工资率）

此工作是否已经结束？  否  是  
若是如此，何时结束： 原因：

多久发薪一次：  每天一次  每周一次  每两周一次  每月两次  每月一次

此工作是否为勤工俭学？  
 是  否

什么类型的勤工俭学？  
 州  联邦

若是如此，请提供总奖学金  
金资助的证明

您的职位何时结束？

最近三个月的实际总收入（或者随附工资单副本）：

月：  
\$

月：  
\$

月：  
\$

当月的实际总收入以及此后两个月的预估总收入：

当月：  
\$

月：  
\$

月：  
\$

小费  否  是；若是如此，多久一次，每次金额多少？ \_\_\_\_\_

佣金  否  是；若是如此，多久一次，每次金额多少？ \_\_\_\_\_

奖金  否  是；若是如此，多久一次，每次金额多少？ \_\_\_\_\_

加班费  否  是；若是如此，多久一次，每次金额多少？ \_\_\_\_\_

工作时间安排（若可能的话，请包括准确时间）：

周一

周二

周三

周四

周五

周六

周日

是否提供健康保险？  是  否

若是如此，该名雇员是否已加入健康保险计划？  是  否

保险福利何时开始？

由雇员支付的保险费份额是多少？

雇主/代表签名

日期

雇主/代表姓名与职称（请工整填写）

电话号码