



Vérification d'emploi Employment Verification

ADRESSE POSTALE DSHS
DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DSHS NUMÉRO DE FAX DSHS
888-338-7410

N°DOSSIER/IDENTIFIANT CLIENT DATE

Veuillez utiliser un stylo à encre bleu ou noir et écrire en lettres d'imprimerie ou taper.

Section 1 : Doit être rempli par le client/employé.

J'autorise mon employeur à communiquer des informations au Département des Services Sociaux et Sanitaires.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (OPTIONNEL) DATE

Section 2 : Doit être rempli par l'employeur.

NOM DE L'EMPLOYÉ NOM DE L'EMPLOYEUR

TITRE DU POSTE DE L'EMPLOYÉ ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

Est-ce un nouveau poste ? Non Oui DATE DE PRISE DE FONCTION DE L'EMPLOYÉ DATE DE RÉCEPTION DU PREMIER CHÈQUE

NOMBRE MOYEN D'HEURES PAR SEMAINE TAUX DE SALAIRE OU SALAIRE (PAR HEURE, JOURNALIER OU À LA PIÈCE) A-t-il été mis un terme au travail ? Non Oui
Si oui, quand : pourquoi :

Fréquence des paiements : journalier hebdomadaire toutes les deux semaines deux fois par mois
 mensuel

S'AGIT-IL D'UN STAGE D'APPRENTISSAGE ? QUEL TYPE DE STAGE D'APPRENTISSAGE ? SI OUI, FOURNIR UNE VERIFICATION DE L'AIDE FINANCIERE TOTALE QUAND VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL ARRIVE T-IL À TERME ?
 Oui Non État Fédéral

Salaires brut (ou attacher une copie de votre bulletin de salaire) pour les trois derniers mois :

MOIS : MOIS : MOIS :
\$ \$ \$

Salaires brut pour le mois en cours et salaire brut anticipé pour les deux mois à venir :

MOIS ACTUEL : MOIS : MOIS :
\$ \$ \$

Pourboires Non Oui ; si oui, fréquence et combien ? _____

Commissions Non Oui ; si oui, fréquence et combien ? _____

Primes Non Oui ; si oui, fréquence et combien ? _____

Heures supplémentaires Non Oui ; si oui, fréquence et combien ? _____

Emploi du temps (inclure heures exactes si possible) :

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI SAMEDI DIMANCHE

Une assurance médicale est-elle disponible ? Oui Non

Si oui, est-ce que l'employé participe au plan de santé ? Oui Non

Quand la couverture a-t-elle pris effet ?

Quelle est la portion payée par l'employé ?

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR/REPRÉSENTANT DATE

TITRE ET NOM DE L'EMPLOYEUR/REPRÉSENTANT EN LETTRES D'IMPRIMERIE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE