

雇用証明 Employment Verification

DSHS 郵送先
DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905

DSHS 電話番号

DSHS ファックス番号
888-338-7410

請求番号・請求者 ID 番号

日付

青または黒インクで筆記体で記入あるいはタイプしてください。

セクション 1: 顧客/従業員が記入すること。

私は雇用者が社会福祉保健省に情報を提示することを許可します。

従業員の署名

ソーシャルセキュリティ番号 (オプション)

日付

セクション 2: 雇用者が記入すること。

従業員の名前

雇用者の名前

従業員の職務

雇用者の住所

新しい仕事ですか?

いいえ はい

従業員の就業日

初めての給与小切手が支払われた日

1週間の平均勤務時間

賃金または給料 (時給、日給または出来高賃金)

この仕事は終了しましたか? いいえ はい
「はい」の場合、いつですか? 理由:

賃金の頻度: 毎日 毎週 隔週 1ヶ月2回 毎月

この職務は作業研究ですか?
 はい いいえ

どういった種類の作業研究ですか?
 状態州 連邦

はいの場合、奨学金の総額の証拠を提供してください

あなたの配属はいつ終わりますか?

最近 3 カ月の実際の総収入 (または給与明細書を添付):

月
\$

月
\$

月
\$

今月の実際の総収入および次の 2 ヶ月の予想総収入:

今月:
\$

月
\$

月
\$

チップ いいえ はい; はいの場合、どのくらいの頻度でいくらもらいますか? _____

歩合 いいえ はい; はいの場合、どのくらいの頻度でいくらもらいますか? _____

ボーナス いいえ はい; はいの場合、どのくらいの頻度でいくらもらいますか? _____

時間外勤務 いいえ はい; はいの場合、どのくらいの頻度でいくらもらいますか? _____

仕事の日程 (可能な限り正確な時間を含めてください):

月曜日

火曜日

水曜日

木曜日

金曜日

土曜日

日曜日

健康保険は利用できますか? はい いいえ

はいの場合、この従業員は健康保険に加入していますか? はい いいえ

補償はいつ始まりますか?

従業員の保険料はいくらですか?

雇用人/代理人の署名

日付

雇用人/代理人の名前および役職 (活字体で)

電話番号