Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

취업 확인
Employment Verification

DSHS 우편물 주소 **DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905**	
DSHS 전화 번호	DSHS 팩스 번호 **888-338-7410**
사례 / 의뢰인 ID 번호	날짜

파랑색 또는 검정색 볼펜을 사용하여 인쇄체나 활자로 기입하십시오.

1 부분: 의뢰인/고용인이 작성합니다.

사회보건부에게 정보를 제공할 수 있도록 저는 고용주를 위임합니다.

고용인 서명	사회 보장 번호 (선택 사항)	날짜

2 부분: 고용주가 작성합니다.

고용인 이름	고용주 이름
고용주 직함	고용주 주소

새로운 직장입니까? ☐ 아니오 ☐ 예	직장의 시작일을 적어주십시오	월급을 처음 받은 날짜를 적어주십시오

1 주일의 평균 근무 시간	급료 (시간당, 일당 및 성과급)	채용 기간이 종료됐나요? ☐ 아니오 ☐ 예 예일 경우, 언제부터: 이유:

급료의 빈도: ☐ 일당 ☐ 주당 ☐ 격주 ☐ 1 달의 2 번 ☐ 월당

워크 스터디 직장입니까? ☐ 예 ☐ 아니오	어떠한 유형의 워크 스터디입니까? ☐ 주 ☐ 연방	예일 경우, 총 재정 지원 수여액의 확인서를 제출해주십시오.	채용 기간은 언제까지입니까??

지난 3 개월간의 총소득 (급료 지불 수표의 사본을 첨부하셔도 좋습니다):

월 **$**	월 **$**	월 **$**

이번 달의 총소득과 예측되는 다음 2 개월간의 총소득 금액:

이번 달: **$**	월 **$**	월 **$**

팁 ☐ 아니오 ☐ 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼만큼? _____

위탁 판매 ☐ 아니오 ☐ 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼만큼? _____

보너스 ☐ 아니오 ☐ 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼만큼? _____

초과 근무 ☐ 아니오 ☐ 예; 예일 경우, 얼마마다 및 얼만큼? _____

근무 일정 (가능한 정확한 시간을 적어주십시오):

월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일	일요일

건강 보험 혜택은 받을 수 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

예일 경우, 고용인은 건강 보험에 등록되 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

보험은 언제부터 받게되나요?

고용인이 지불하는 보험료의 일부는 얼마인가요?

고용주/대리인 서명	날짜
고용주/대리인의 이름과 직함을 인쇄체로 적어주십시오	전화번호