

ادرس پستی سازمان خدمات بهداشتی دولتی <b>DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905</b>	
شماره فاکس سازمان خدمات بهداشتی دولتی <b>888-338-7410</b>	شماره تلفن سازمان خدمات بهداشتی دولتی
شماره پرونده/ شناسه ارباب رجوع	تاریخ

لطفاً از چاپ یا تایپ با جوهر آبی یا مشکی استفاده کنید.

<b>بخش 1: باید توسط ارباب رجوع/کارمند پر شود.</b>	
من به کارفرمای خود اجازه می دهم تا اطلاعات من را در اختیار وزارت خدمات اجتماعی و بهداشت قرار دهد.	
امضای کارمند شماره تامين اجتماعي (اختياري) تاریخ	
<b>بخش 2: باید توسط کارفرما پر شود.</b>	
نام کارفرما نام کارمند	
آدرس کارفرما عنوان شغلی کارمند	
تاریخ شروع به کار کارمند آیا این یک کار جدید است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تاریخ دریافت اولین چک
متوسط ساعات کار هفتگی نرخ اجرت یا حقوق (ساعتی، روزانه یا نرخ ثابت) آیا کار پایان یافته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، چه زمانی: چرا:	
فواصل زمانی پرداخت: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهیانه	
آیا این شغل، مطالعه کار است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر چه نوع مطالعه کار است؟ <input type="checkbox"/> ایالتی <input type="checkbox"/> فدرال اگر بله، تأییدیه اعطای کل کمک مالی را ارائه دهید. کار شما کی پایان می یابد؟	
درآمد ناخالص واقعی (یا پیوست صورت پرداخت) مربوط به سه ماه اخیر:	
ماه: _____ دلار ماه: _____ دلار ماه: _____ دلار	
درآمد ناخالص واقعی مربوط به ماه جاری و درآمد ناخالص تخمینی برای دو ماه آینده:	
ماه جاری: _____ دلار ماه: _____ دلار ماه: _____ دلار	
انعام <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟ _____	
کمسیون <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟ _____	
پاداش <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟ _____	
اضافه کاری <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، هر چند وقت یکبار و چقدر؟ _____	
برنامه کاری (شامل زمانهای دقیق در صورت امکان):	
دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنجشنبه جمعه شنبه یکشنبه	
آیا بیمه درمانی وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، آیا کارمند در برنامه سلامت ثبت نام کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر پوشش بیمه از چه زمانی شروع می شود؟ سهم کارمند از حق بیمه چقدر است؟	
امضای کارفرما/نماینده تاریخ	
نام و عنوان چاپ شده کارفرما/نماینده شماره تلفن	