

DSHS پستی آدرس DSHS PO BOX 11699 TACOMA, WA 98411-9905	
DSHS فکس نمبر 888-338-7410	DSHS تلفون نمبر
تاریخ	نمبر آیدی دوسیه / مراجعه کننده



توقف کار Stop Work

قسمت 1: مراجعه کننده، این قسمت را قبل از اینکه آنرا به محل وظیفه ای که خاتمه پیدا کرده است ببرد، خانه پوری نماید.

با امضاء کردن این قسمت، اینجانب به استخدام کننده خود اجازه می دهم تا این فورمه را برای دیپارتمنت خدمات اجتماعی و صحت تکمیل نماید.

امضای مراجعه کننده	تاریخ	مراجعه کننده: لطفا نام خود را به حروف کلان در اینجا بنویسید
--------------------	-------	---

نام کمپنی / استخدام کننده سابق	شهر	ایالت	زیپ کد
--------------------------------	-----	-------	--------

قسمت 2: شخصی در کمپنی که معلومات استخدام کننده و معاشات را میداند، این قسمت را خانه پوری کند.

1. نیرخاً تاریخی که کارمند کار کرده بود، چی است؟

2. مقدار آخرین معاش (قبل از وضع مالیات): \$ _____ تاریخ دریافت: _____

مقادیر پولی (قبل از وضع مالیات) و تاریخ های دریافت برای دیگر معاشات دریافتی ماهوار را که با معاش نهایی هر ماه پرداخت میشد، لست کنید:

تاریخ دریافت	مبلغ دریافت شده (قبل از مالیات)
_____	_____ \$
_____	_____ \$
_____	_____ \$
_____	_____ \$

3. چرا این کار ختم شد؟

نبود کار وظیفه موقتی/فصلی بود اخراج شدن
 در رخصتی (مانند رخصتی بخاطر غیرحاضری یا رخصتی والدین). آیا: با معاش بی معاش بود
 اگر با معاش بود، کارمند چقدر معاش میگرفت: \$ _____
 چه وقت انتظار می رود که کارمند به کار برگردد؟ _____
 دیگر: _____

4. آیا کارمند کدام معاش اختصاصی دریافت خواهد کرد؟ بله نخیر
 اگر بله: چی وقت آنرا دریافت خواهد کرد؟ _____ مقدار معاش چقدر خواهد بود؟ \$ _____

5. آیا کارمند میتواند معاش رخصتی/مريضی خود را دریافت کند؟ بله نخیر
 اگر بله: چی وقت آنرا دریافت خواهد کرد؟ _____ مقدار معاش چقدر خواهد بود؟ \$ _____

6. آیا کارمند میتواند بودیجه های تقاعدی/تقاعدی/401K را دریافت کند؟ بله نخیر
 اگر بله: چی وقت آنرا دریافت خواهد کرد؟ _____ مقدار معاش چقدر خواهد بود؟ \$ _____

لطفا در صورت ضرورت ما به تماس با شما معلومات ذیل را ارائه کنید:

امضاء	تاریخ	نمبر تلفون
-------	-------	------------

نام خود را با حروف کلان بنویسید	بست / عنوان
---------------------------------	-------------