



កាលបរិច្ឆេទ ៖
លេខសម្គាល់អតិថិជន

Employment Verification

ផ្នែកទី 1 ៖ ដែលនឹងត្រូវបានបំពេញដោយអតិថិជន/និយោជិត។		
ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិដល់និយោជករបស់ខ្ញុំឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានទៅកាន់នាយកដ្ឋានកុមារ យុវជន និងក្រុមគ្រួសារ។		
ហត្ថលេខារបស់និយោជិត	លេខសន្តិសុខសង្គម (រៀបចំចិត្ត)	កាលបរិច្ឆេទ
ផ្នែកទី 2 ៖ ដែលនឹងត្រូវបានបំពេញដោយនិយោជក។		
ឈ្មោះរបស់និយោជិត	ឈ្មោះរបស់និយោជក	
មុខតំណែងការងាររបស់និយោជិត	អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក	
តើនេះជាការងារមួយមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	កាលបរិច្ឆេទដែលនិយោជិតបានចាប់ផ្តើមធ្វើការ	កាលបរិច្ឆេទដែលការត្រួតពិនិត្យលើកដំបូងត្រូវបានទទួល
ម៉ោងជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍	អត្រាទូទាត់ប្រាក់ ឬប្រាក់ខែ (ប្រចាំម៉ោង ប្រចាំថ្ងៃ ឬអត្រាតាមសាច់ការងារ)	តើការងារបានបញ្ចប់? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស បើបាទ/ចាស នៅពេលណា ៖ មូលហេតុ ៖
ភាពញឹកញាប់នៃការបង់ប្រាក់ ៖ <input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ		
តើការងារនេះជាការសិក្សាការងារ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើបាទ/ចាស សូមផ្តល់ការផ្ទៀងផ្ទាត់នៃរង្វាន់អំណោយហិរញ្ញវត្ថុសរុប	តើមុខតំណែងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅពេលណា?
ប្រាក់ចំណូលមូលដ្ឋាន (ឬក្លាយជាសារព្រឹត្តិបញ្ជីបើកប្រាក់ខែ) សម្រាប់ពេលបិទបញ្ចប់ ៖		
ខែ ៖	ខែ ៖	ខែ ៖
\$	\$	\$
ប្រាក់ទឹកថ្លៃ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស; បើបាទ/ចាស តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយចំនួនប៉ុន្មាន? _____		
ប្រាក់កម្រៃជើងសារ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស; បើបាទ/ចាស តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយចំនួនប៉ុន្មាន? _____		
ប្រាក់បន្ថែម <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស; បើបាទ/ចាស តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយចំនួនប៉ុន្មាន? _____		
ប្រាក់ថែមម៉ោង <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស; បើបាទ/ចាស តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយចំនួនប៉ុន្មាន? _____		
សំណង <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស; បើបាទ/ចាស តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយចំនួនប៉ុន្មាន? _____		
កាលវិភាគការងារ (រួមបញ្ចូលទាំងពេលវេលាជាក់ស្តែង នៅពេលអាចទៅរួច) ៖		
ថ្ងៃច័ន្ទ	ថ្ងៃអង្គារ	ថ្ងៃពុធ
ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍	ថ្ងៃសុក្រ	ថ្ងៃសៅរ៍
ថ្ងៃអាទិត្យ		
ហត្ថលេខារបស់និយោជក / តំណាង		កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងមុខតំណែងរបស់និយោជក / តំណាង		លេខទូរស័ព្ទ

ទម្រង់បែបបទនេះអាចប្រគល់ត្រលប់ទៅ ៖

ទូរសារ ៖ ផ្ញើទូរសារទៅ 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center
Department of Children, Youth, and Families
P.O. Box 11346
Tacoma WA 98411-9903