



**Vérification
d'emploi**
Employment Verification

Date :
Numéro d'identification du client

Section 1 : Doit être remplie par le client/employé.						
J'autorise mon employeur à divulguer les renseignements au Department of Children, Youth, and Families (Département de l'enfance, de la jeunesse et de la famille).						
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (FACULTATIF)	DATE				
Section 2 : Doit être remplie par l'employeur.						
NOM DE L'EMPLOYÉ	NOM DE L'EMPLOYEUR					
INTITULÉ DU POSTE DE L'EMPLOYÉ	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR					
S'agit-il d'un nouvel emploi ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	DATE DE DÉBUT DE TRAVAIL DE L'EMPLOYÉ	DATE DE RÉCEPTION DU PREMIER CHÈQUE				
NOMBRE MOYEN D'HEURES PAR SEMAINE	TAUX DE RÉMUNÉRATION OU SALAIRE (HORAIRE, JOURNALIER OU UNITAIRE)	Est-ce que l'emploi est terminé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quand : _____ pourquoi : _____				
Fréquence de rémunération : <input type="checkbox"/> Journalière <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Tous les mois						
Est-ce que cet emploi est selon un contrat en alternance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	DANS L'AFFIRMATIVE, VEUILLEZ FOURNIR UNE VÉRIFICATION DU MONTANT TOTAL DE L'AIDE FINANCIÈRE.	QUAND VOTRE POSTE PRENDRA-T-IL FIN ?				
Revenu brut réel (ou joindre un imprimé de la feuille de paie) pour les trois derniers mois :						
MOIS : \$	MOIS : \$	MOIS : \$				
Pourboires <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; si oui, à quelle fréquence et à quel montant ? _____						
Commissions <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; si oui, à quelle fréquence et à quel montant ? _____						
Primes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; si oui, à quelle fréquence et à quel montant ? _____						
Heures supplémentaires <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; si oui, à quelle fréquence et à quel montant ? _____						
Remboursements <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ; si oui, à quelle fréquence et à quel montant ? _____						
Calendrier de travail (inclure les heures exactes si possible) :						
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR/REPRÉSENTANT					DATE	
NOM ET TITRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DE L'EMPLOYEUR/REPRÉSENTANT					NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	

Ce formulaire peut être renvoyé à :

Fax: 1-877-309-9747

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