



**채용
확인**
Employment Verification

날짜:
수혜자 ID 번호

섹션 1: 수혜자/근로자가 작성합니다.						
아동청소년가정학과에게 정보를 제공할 수 있도록 저는 고용주를 위임합니다.						
근로자 서명		사회 보장 번호 (선택 사항)		날짜		
섹션 2: 고용주가 작성합니다.						
근로자 이름		고용주 이름				
근로자의 직책		고용주 주소				
새로운 직장입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예		직장의 시작일을 적어주십시오		월급을 처음 받은 날짜를 적어주십시오		
1 주일의 평균 근무 시간	급료 (시간당, 일당 및 성과급)		채용 기간이 종료됐나요? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예일 경우, 언제부터: 이유:			
지급 빈도: <input type="checkbox"/> 일당 <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 매월						
워크 스터디 직장입니까? 예인 경우, 총 학자금 지원 금액의 확인서를 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 제공하십시오			채용 기간은 언제까지입니까?			
지난 3 개월간의 총소득 (급료 지불 수표의 사본을 첨부하셔도 좋습니다):						
월: \$		월: \$		월: \$		
팁	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예: 예일 경우, 빈도 및 금액:	_____			
위탁 판매	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예: 예일 경우, 빈도 및 금액:	_____			
보너스	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예: 예일 경우, 빈도 및 금액:	_____			
초과 근무	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예: 예일 경우, 빈도 및 금액:	_____			
상환	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예: 예일 경우, 빈도 및 금액:	_____			
근무 일정 (가능한 정확한 시간을 적어주십시오):						
월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일	일요일
고용주/대리인 서명				날짜		
고용주/대리인의 이름과 직함을 인쇄체로 적어주십시오				전화번호		

본 양식을 다음으로 반환 가능:

팩스: 1-877-309-9747

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