



Washington State Department of  
**CHILDREN, YOUTH & FAMILIES**

# İstihdam (İşe Alınma) Doğrulanması Employment Verification

Tarih:

Müşteri Kimlik  
Numarası

## Kısım 1: Müşteri/ çalışan tarafından doldurulacaktır.

İşverenimin Çocuk, Genç ve Aileler Departmanına bilgi vermesini onaylıyorum.

ÇALIŞANIN İMZASI

SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI (İSTEĞE BAĞLI)

TARİH

## Kısım 2: İşveren tarafından doldurulacaktır.

ÇALIŞANIN ADI

İŞVERENİN ADI

ÇALIŞANIN İŞ UNVANI

İŞVERENİN ADRESİ

Bu yeni bir iş midir?

Hayır  Evet

ÇALIŞANIN İŞE BAŞLADIĞI TARİH

İLK ÇEKİN ALINDIĞI TARİH

HAFTADA ORTALAMA  
ÇALIŞMA SAATI

ÖDEME VEYA MAAŞ MİKTARI  
(SAAT BAŞINA, GÜNLÜK VEYA  
PARÇA BAŞI ÜCRET)

İş bitti mi?  Hayır  Evet  
Cevap evet ise, ne zaman: neden:

Ödeme sıklığı:  Günlük

Haftalık

İki haftada bir

Ayda iki kez

Aylık

Bu iş eğitimle bağlantılı  
bir çalışma mıdır (Work  
Study)?  Evet  Hayır

CEVAP EVET İSE, TOPLAM PARASAL YARDIM  
ÖDÜLÜ KANITINI SAĞLAYIN

POZİSYONUNUZ NE ZAMAN SONA  
ERECEK?

Son üç ayın gerçek brüt geliri (veya ücret bordrosunu ekleyin):

AY:

\$

AY:

\$

AY:

\$

Bahşişler  Hayır  Evet; cevap evet ise, hangi sıklıkta ve ne kadar? \_\_\_\_\_

Komisyonlar  Hayır  Evet; cevap evet ise, hangi sıklıkta ve ne kadar? \_\_\_\_\_

Primler  Hayır  Evet; cevap evet ise, hangi sıklıkta ve ne kadar? \_\_\_\_\_

Fazla mesai  Hayır  Evet; cevap evet ise, hangi sıklıkta ve ne kadar? \_\_\_\_\_

Geri Ödeme (msrf)  Hayır  Evet; cevap evet ise, hangi sıklıkta ve ne kadar? \_\_\_\_\_

İş programı (mümkünse tam saatleri yazın):

PAZARTESİ

SALI

ÇARŞAMBA

PERŞEMBE

CUMA

CUMARTESİ

PAZAR

İŞVERENİN/TEMSİLCİNİN İMZASI

TARİH

İŞVERENİN/TEMSİLCİNİN MATBU ADI VE UNVANI

TELEFON NUMARASI

Bu form aşağıdaki adrese iade edilmelidir:

Faks: 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center

Department of Children, Youth, and Families

P.O. Box 11346

Tacoma WA 98411-9903

DCYF EMPLOYMENT VERIFICATION

14-252 TK (REVISED 08/2022) INT Turkish