

TO BE COMPLETED BY FSS/CM (توسط FSS/CM تکمیل میشود)	
DATE	LOCAL OFFICE
HEAD OF HOUSEHOLD CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	

صورتحساب عواید STATEMENT OF EARNINGS



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

بخش I

شخص که در ذیل نام برده شده است کمک عامه را دریافت میکند/ دریافت کرده است. ما باید بدانیم که او در زمان استخدام کدام عاید بدست آورده است. دوره استخدام از _____ تا _____ است. لطفاً هر تاریخ جداگانه پرداخت، عاید ناخالص، و ساعت های کار شده را برای این دوره زمانی ذکر کنید. این فورم باید توسط یک نماینده مجاز کسب و کار شما امضاء گردد. یک پاکت برگشت برای راحتی شما ضمیمه شده است. تشکر از توجه سریع شما به این درخواست.

آدرس کارفرمایان

اگر کدام سوال دارید به تماس شوید:

متخصص خدمات مالی/مدیر قضیه

شماره تلفون:

--

☐ این شخص در جریان دوره مورد نظر توسط این شرکت استخدام نشده بود. اگر چک شده باشد، بخش II را تکمیل نکنید.
به بخش III بروید و امضاء کنید.

ورق بزنید

بخش II

اسم کارمند	شماره بیمه اجتماعی	طبقه بندی وظیفه یا نوع کار
دوره استخدام از: _____ تا: _____	اگر فسخ گردد، آخرین تاریخ استخدام	آیا کارمند در حال وظیفه است؟ ☐ بلی ☐ خیر
چند وقت به کارمند معاش پرداخت میشود؟ ☐ روزانه ☐ هفته وار ☐ هر هفته دیگر ☐ ماه دوبار ☐ ماهوار ☐ دیگر: _____		

تاریخ های پرداخت	ساعات کار شده	عاید ناخالص باید شامل بخششی ها، قرعه کشی، کمیشن باشد	تاریخ های پرداخت	ساعات کار شده	عاید ناخالص باید شامل بخششی ها، غذاها، کمیشن گردد

بخش III

صورتحساب فوق شامل تمام معاش ها یا مزد های پرداخت شده برای تاریخ های پرداخت نشان داده شده بود.

امضاء	موقف	شماره تلفون

کارفرما: لطفاً فورم را به آدرس ذیل برگردانید.