



**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: \$
이번 달의 총소득과 예측되는 다음 2 개월간의 총소득 금액:		
이번 달: \$	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: _____		
근무 일정 (가능한 정확한 시간을 적어주십시오):		
월요일	화요일	수요일
목요일	금요일	토요일
일요일		
건강 보험 혜택은 받을 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
예일 경우, 근로자는 건강 보험에 등록되어 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
보험은 언제부터 받게 되나요?		
근로자가 지불하는 보험료의 일부는 얼마인가요?		
고용주/대리인 서명	날짜	
고용주/대리인의 이름과 직함을 인쇄체로 적어주십시오	전화번호	