



**Подтверждение
Трудоустройства**
Employment
Verification

Дата:
Идентификационный номер клиента

Раздел 1: Заполняется клиентом / работником.						
Я разрешаю своему работодателю раскрыть информацию Департаменту по делам детей, молодежи и семей.						
ПОДПИСЬ РАБОТНИКА		НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)			ДАТА	
Раздел 2: Заполняется работодателем.						
ИМЯ, ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА			МЕСТО РАБОТЫ			
ДОЛЖНОСТЬ РАБОТНИКА			АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ			
Это новый вид работы? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		УКАЖИТЕ ДАТУ НАЧАЛА РАБОТЫ		ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОГО ЧЕКА		
СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ		СТАВКА ОПЛАТЫ ИЛИ ОКЛАД (ПОЧАСОВАЯ, ДНЕВНАЯ ИЛИ СДЕЛЬНАЯ СТАВКА)		Закончилось ли трудоустройство? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, то когда: _____ почему: _____		
Периодичность оплаты: <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно						
Это работа в рамках программы "Работа и учеба" (Work Study)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ЕСЛИ «ДА», ПРИВЕДИТЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ ОБЩЕЙ СУММЫ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ			КОГДА ИСТЕЧЕТ СРОК РАБОТЫ В ДАННОЙ ДОЛЖНОСТИ?	
Фактический валовый доход (или приложите распечатку платежной ведомости) за последние три месяца:						
МЕСЯЦ: \$ _____		МЕСЯЦ: \$ _____		МЕСЯЦ: \$ _____		
Фактический валовый доход за текущий месяц и ожидаемый валовый доход за следующие два месяца:						
ТЕКУЩИЙ МЕСЯЦ: \$ _____		МЕСЯЦ: \$ _____		МЕСЯЦ: \$ _____		
Чаевые <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____ Комиссионные <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____ Премии <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____ Сверхурочные <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да; если да, укажите, как часто и сколько? _____						
График работы (указывайте точное время, если это возможно):						
ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
Предоставляется ли медицинское страхование? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то включен ли работник в план страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Когда начинает действовать оплата расходов согласно страховому плану? Какую часть страховых взносов оплачивает работник?						
ПОДПИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ				ДАТА		
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ				НОМЕР ТЕЛЕФОНА		