



Washington State Department of  
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

## কর্মসংস্থান যাচাইকরণ Employment Verification

তারিখ:

ক্লায়েন্টের আইডি নম্বর

**বিভাগ 1: ক্লায়েন্ট/কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে।**

আমি আমার নিয়োগকর্তাকে Department of Children, Youth, and Families (শিশু, যুব ও পরিবার বিভাগ) - তে তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

কর্মচারীর স্বাক্ষর	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (ঐচ্ছিক)	তারিখ
--------------------	----------------------------------	-------

**বিভাগ 2: ক্লায়েন্ট/কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে।**

কর্মচারীর নাম	নিয়োগকর্তার নাম
---------------	------------------

কর্মচারীর চাকরির পদ	নিয়োগকর্তার ঠিকানা
---------------------	---------------------

এটি কী নতুন চাকরি? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ	কর্মচারী কাজ শুরু করার তারিখ	প্রথম চেক পাওয়ার তারিখ
---	------------------------------	-------------------------

প্রতি সপ্তাহে গড় কর্মঘণ্টা	বেতন বা মজুরির হার (প্রতি ঘণ্টা, দৈনিক বা (প্রতি কাজ অনুযায়ী রেট)	চাকরিটি কী শেষ হয়েছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, কবে: _____
-----------------------------	--	--

বেতন দেওয়ার সময়সূচি:  দৈনিক  সাপ্তাহিক  প্রতি দুই সপ্তাহে  মাসে দুইবার  মাসিক

এই চাকরিটি কী ওয়ার্ক স্ট্যাডি? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে মোট আর্থিক সহায়তার পরিমাণের প্রমাণ দিন	আপনার এই পদ কবে শেষ হবে?
--	---	--------------------------

গত তিন মাসের প্রকৃত মোট আয় (অথবা পে-রোল প্রিন্টআউট সংযুক্ত করুন):

মাস: \$	মাস: \$	মাস: \$
------------	------------	------------

টিপস <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ; যদি হ্যাঁ হয়, কতবার এবং কত পরিমাণ?	_____
কমিশন <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ; যদি হ্যাঁ হয়, কতবার এবং কত পরিমাণ?	_____
বোনাস <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ; যদি হ্যাঁ হয়, কতবার এবং কত পরিমাণ?	_____
ওভারটাইম <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ; যদি হ্যাঁ হয়, কতবার এবং কত পরিমাণ?	_____
রিইমবার্সমেন্ট <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ; যদি হ্যাঁ হয়, কতবার এবং কত পরিমাণ?	_____

কাজের সময়সূচি (সম্ভব হলে নির্দিষ্ট সময় উল্লেখ করুন):						
সোমবার	মঙ্গলবার	বুধবার	বৃহস্পতিবার	শুক্রবার	শনিবার	রবিবার

নিয়োগকর্তা/প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ
---------------------------------	-------

নিয়োগকর্তা/প্রতিনিধির প্রিন্ট করা নাম ও পদবি	ফোন নম্বর
---	-----------

এই ফর্মটি এখানে ফেরত পাঠানো যেতে পারে:

ফ্যাক্স: ফ্যাক্স 1-877-309-9747

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