

توقف کار Stop Work

نشانی پستی DCYF	
شماره تلفن DCYF	شماره فکس DCYF
شماره شناسایی پرونده/مشتری	تاریخ

بخش 1: مشتری عزیز، این بخش را پیش از تحویل آن به محل کارتان که به اتمام رسیده است، تکمیل کنید.

اینجانب با امضای خود در اینجا به کارفرمای خود اجازه می‌دهم این فرم را برای اداره کودکان، جوانان و خانواده‌ها تکمیل کند.

امضای مشتری	تاریخ	مشتری: لطفاً نامتان را اینجا با حروف بزرگ وارد کنید
-------------	-------	---

نام شرکت / کارفرمای قبلی

نام شرکت / کارفرمای قبلی نشانی خیابان	شهر	ایالت	زیپکد
---------------------------------------	-----	-------	-------

بخش 2: فردی در شرکت که از اشتغال و اطلاعات پرداخت مطلع است، این بخش را تکمیل کند.

1. آخرین تاریخ کار کارمند چه بود؟ _____

2. مبلغ آخرین فیش حقوقی (پیش از کسر مالیات) \$ _____ تاریخ دریافت: _____

لطفاً مبالغ (پیش از کسر مالیات) و تاریخ‌های دریافت سایر فیش‌های حقوقی دریافت‌شده در همان ماهی را ذکر کنید که آخرین فیش حقوقی در آن دریافت شده است:

مبلغ دریافتی (پیش از کسر مالیات) تاریخ دریافت

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

3. دلیل خاتمه یافتن شغل چه بود؟

وجود نداشتن کار موقت/فصلی بودن شغل اخراج

در مرخصی (مانند مرخصی استحقاقی یا مرخصی والدین) نوع مرخصی: همراه با حقوق بدون حقوق

اگر همراه با حقوق است، مبلغ پرداختی به کارمند چقدر است: \$ _____

انتظار می‌رود کارمند چه زمانی برگردد؟ _____

سایر: _____

4. کارمند هیچ حق سنوات یا همان مزایای پایان خدمتی دریافت خواهد کرد؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است: چه زمانی دریافت خواهد شد؟ _____ مبلغ آن چقدر خواهد بود؟ \$ _____

5. کارمند می‌تواند حقوق تعطیلات/مرخصی استعلاجی خود را نقد کند؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است: چه زمانی دریافت خواهد شد؟ _____ مبلغ آن چقدر خواهد بود؟ \$ _____

6. کارمند می‌تواند حقوق بازنشستگی/مستمری/401K خود را برداشت کند؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است: چه زمانی دریافت خواهد شد؟ _____ مبلغ آن چقدر خواهد بود؟ \$ _____

لطفاً موارد زیر را ارائه دهید تا در صورت نیاز بتوانیم با شما تماس بگیریم:

امضا	تاریخ	شماره تلفن
نام با حروف بزرگ و مجزای انگلیسی	سمت/عنوان	