Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

مراقبت کودک مربوط به کارWCCC

EMPLOYER VERIFICATION تایید کارفرما

تاریخ	دفتر محلی
شماره پرونده	شماره تلفن

لطفا قلم سیاه یا آبی استفاده کنید و خوانا بنویسید و یا چاپ کنید

قسمت 1 : از طرف متقاضی و یا کارکن پر شود

من اجازه میدهم که کارفرمایم اطلاعات به اداره خدمات رفاه اجتماعی و درمانی بدهد.

تاریخ	امضای کارگر/ ولی/متقاضی

قسمت 2 : از طرف کارفرما پر شود

نام کارفرما	نام کارکن

ادرس کارفرما

دستمزد در ساعت و یا حقوق دستمزد کار کشاورزی/مزرعه(به امثال 8$ جعبه یا 7$ درخت 0/25 سنت هر پوندو غیره	تاریخی که کار تمام خواهد شد	تاریخی که کارکن شروع به کار نموده است

انعام ☐ نه ☐ بله. اگر بله. هر چند مدت و چقدر _____

کمیسیون ☐ نه ☐ بله. اگر بله. هر چند مدت و چقدر _____

پاداش ☐ نه ☐ بله. اگر بله. هر چند مدت و چقدر _____

اضافه کاری ☐ نه ☐ بله. اگر بله. هر چند مدت _____

هر چند روز چک دریافت میکنید ☐ روزانه ☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ ماهی دو بار ☐ ماهانه

ساعات کاری(اگر امکان پذیر میباشد ساعات دقیقش را بنویسید)

یکشنبه	شنبه	جمعه	پنجشنبه	چهار شنبه	سه شنبه	دوشنبه

تعداد متوسط ساعات کاری در هفته:

امضای کارفرما/ مالک/سرپرست پرسنل

کارفرما/ مالک/ سرپرست پرسنل: شماره تلفن	کارفرما/مالک/ سرپرست پرسنل: نام