WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

EMPLOYER VERIFICATION / אישור מעביד

Washington State Department of Social & Health Services

משרד מקומי	תאריך
מספר טלפון	מספר תיק

נא להשתמש בדיו כחול או ירוק ולהדפיס או לכתוב בכתב ברור.

חלק 1: ימולא על ידי הלקוח/עובד.

אני מסמיך/ה את המעביד שלי למסור מידע למשרד לשירותים חברתיים ושירותי בריאות.

חתימת העובד/הורה/פונה	תאריך

חלק 2: ימולא על ידי המעביד.

שם העובד/ת	שם המעביד
כתובת המעביד	

תאריך תחילת ההעסקה של העובד	תאריך סיום ההעסקה	תעריף השכר לשעה או משכורת תעריף השכר לעבודה חקלאית/עבודה בחווה (לדוגמה: $8/תיבה, $7/עץ, 25 סנט/ק"ג, וכדומה)

תשר ☐ לא ☐ כן; אם כן, באיזו תכיפות ובאיזה סכום? _____

עמלות ☐ לא ☐ כן; אם כן, באיזו תכיפות ובאיזה סכום? _____

בונוסים ☐ לא ☐ כן; אם כן, באיזו תכיפות ובאיזה סכום? _____

שעות נוספות ☐ לא ☐ כן; אם כן, באיזו תכיפות? _____

תדירות תשלום השכר: ☐ מידי יום ☐ מידי שבוע ☐ מידי שבועיים ☐ פעמיים בחודש ☐ חודשי

לוח זמני-עבודה (נא לכלול זמנים מדויקים במידת האפשר):

שני	שלישי	רביעי	חמישי	ששי	שבת	ראשון

מספר שעות עבודה בשבוע בממוצע:

חתימת המעביד/הבעלים/מנהל כוח אדם	
שם המעביד/הבעלים/מנהל כוח אדם (באותיות דפוס)	מספר טלפון של המעביד/הבעלים/מנהל כוח אדם