Washington State Department of Social & Health Services

ПРЕУСТАНОВЯВАНЕ НА РАБОТА
STOP WORK

CSO/WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

Раздел 1: Попълнете този раздел преди да занесете формуляра на работата която сте преустановили току що.

Полагайки подписа си тук, аз давам разрешение на моя работодател да попълни този формуляр за Министерството на Социалните и Здравните Услуги.

ПОДПИС	ДАТА	МОЛЯ НАПИШЕТЕ ИМЕТО СИ С ПЕЧАТНИ БУКВИ

ИМЕ НА КОМПАНИЯТА

АДРЕС НА КОМПАНИЯТА: УЛИЦА	ГРАД	ЩАТ	ЗИП КОД

Паздел 2: Този раздел се попълва от човек в компанията, който е запознат с естеството на работата и има информация за заплащането.

1. Коя е последната дата на която е работил служителя? _____
2. Сума на последния чек за заплата (преди данъци): $ _____Дата на получаване: _____

   Избройте сумите (преди данъци) и датите на които са получени други чекове през същия месец през който е получен и последния чек:

ПОЛУЧЕНА СУМА (ПРЕДИ ДАНЪЦИ)	ДАТА НА ПОЛУЧАВАНЕ
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____

3. Защо е преустановена работата?

   ☐ Липса на работа ☐ Работата е била временна/сезонна ☐ Поради съкращение

   ☐ Поради отпуск (като отпуск или майчинство). Отпускът е: ☐ Платен ☐ Неплатен

   Ако е платен, каква сума получава служителя: $_____

   Кога се очаква служителя да се върне на работа?_____

   ☐ Други:_____
4. Служителят ще получи ли допълнителна заплата при напускане? ☐ Да ☐ Не

   АКО ДА: Кога ще я получи?_____Какъв ще бъде нейния размер? $_____
5. Може ли служителят да получи заплащане за отпуск/болнични? ☐ Да ☐ Не

   АКО ДА: Кога ще го получи?_____Какъв ще бъде неговият размер? $_____
6. Може ли служителят да тегли от фондовете за пенсиониране/401K? ☐ Да ☐ Не

   АКО ДА: Кога ще ги получи?_____Какъв ще бъде техния размер? $_____

Моля попълнете следната информация в случай че се наложи да се свържем с Вас:

ПОДПИС	ДАТА	ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР
НАПИШЕТЕ ИМЕТО СИ С ПЕЧАТНИ БУКВИ	ПОЗИЦИЯ/НАИМЕНОВАНИЕ	