CSO/ІМ'Я РОБІТНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТУ	ДАТА

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

STOP WORK
АНКЕТА ПРО ПРИПИНЕННЯ РОБОТИ

Розділ 1: Заповніть цей розділ, перш ніж віднести цю форму на роботу, де ви більше не працюєте.

Розписавшися тут, я даю дозволення моєму роботодавцю заповнити цю форму для Відділу Соціального Обслуговування та Охорони Здоров'я.

ПІДПИС	ДАТА	БУДЬ ЛАСКА, НАПИШІТЬ СВОЄ ІМ'Я ТУТ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

НАЗВА КОМПАНІЇ

АДРЕСА КОМПАНІЇ: ВУЛИЦЯ ТА НОМЕР БУДИНКУ | МІСТО | ШТАТ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Розділ 2: Цей розділ заповнюється робітником компанії, який знає інформацію про роботу та зарплату.

1. Коли був останній день роботи цього робітника? _____

2. Сума останнього чеку зарплати (до податків): $ _____ Дата одержання: _____

   Вкажіть суми (до податків) та дати одержання інших чеків зарплати, одержаних у тому ж місяці, що і останній чек зарплати:

ОДЕРЖАНА СУМА (ДО ПОДАТКІВ)	ДАТА ОДЕРЖАННЯ
$	
$	
$	
$	

3. Чому закінчилася ця робота?

   ☐ Не було роботи ☐ Робота була тимчасовою/сезонною ☐ Звільнення

   ☐ У відпустці (наприклад, відпустка або відпустка у зв'язку з вагітністю). Чи вона: ☐ Оплачена ☐ Неоплачена

   Якщо оплачена, скільки робітнику платять? $ _____

   Коли робітник повинен повернутися? _____

   ☐ Інше: _____

4. Чи одержить робітник вихідне пособіє? ☐ Так ☐ Ні

   ЯКЩО ТАК: Коли воно буде одержане? _____ Яка це буде сума? $ _____

5. Чи може робітник одержати гроші за відпустку/дні відсутності у зв'язку з хворобою? ☐ Так ☐ Ні

   ЯКЩО ТАК: Коли вони будуть одержані? _____ Яка це буде сума? $ _____

6. Чи може робітник забрати гроші, відкладені на пенсію/гроші для плану 401K? ☐ Так ☐ Ні

   ЯКЩО ТАК: Коли вони будуть одержані? _____ Яка це буде сума? $ _____

7. Будь ласка, представте слідуюче, на той випадок, якщо нам потрібно буде з вами зв'язатися:

ПІДПИС	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
НАПИШІТЬ СВОЄ ІМ'Я ТУТ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	ПОСАДА	