

FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DES SALAIRES
 Département des services sociaux de _____

DATE : _____

À : _____

Nom du dossier : _____
 N° du dossier : _____
 Id. du dossier : _____
 N° de district : _____

Nom de l'employé(e) : _____
Numéro de sécurité sociale ou SSN (optionnel) : _ _ _ _ (les quatre derniers chiffres seulement)

Cette personne a fait une demande d'aide des services sociaux. La demande ayant été signée, la permission a été accordée pour vous contacter afin de vérifier certaines informations. Veuillez vérifier les renseignements sur l'emploi en ce qui concerne les informations ci-dessus. Renvoyez ce formulaire avant _____.

Ce formulaire doit être complété par l'employeur.

Veillez répondre aux questions avec les cases cochées.

Est-ce que cette personne est actuellement employée par vous ou par votre société ?
 Oui Non

Date du début de l'emploi : _____

Date à laquelle le premier chèque a été reçu ou était prévu : _____

Combien de jours le travailleur a-t-il travaillé pendant la première période de travail ? _____

Pendant combien de jours l'individu travaillera-t-il normalement au cours d'une période de paye ? _____

Vous attendez-vous à des changements dans les revenus ? Oui Non

Si oui, expliquez _____

Taux de paie : _____ \$ Nbre d'heures de travail hebdomadaires estimées : _____

Veillez compléter les informations suivantes pour les mois de _____

Date de paie reçue Mois et jour	Nombre d'heures	Taux de paie	Bonus ou indemnités de congés payés	Salaire brut	Pourboires	EITC

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

Périodicité de la paie ?

Quotidienne Hebdomadaire Toutes les deux semaines Deux fois par mois Mensuelle Autre

Quel jour de la semaine est-ce que la paie est reçue ?

Dimanche Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi

Est-ce que votre société vous aide à payer la garde d'enfants ? Si oui,

Combien ? _____
À quelle fréquence ? _____

Est-ce que l'individu a une couverture d'assurance-maladie ? Oui Non Si oui, complétez les informations suivantes :

Nom de la compagnie d'assurance : _____
Numéro de certificat : _____ Date effective de couverture : _____
Personnes incluses dans la couverture d'assurance-maladie : _____

Si l'individu n'est plus employé par vous, complétez les informations suivantes :

Motif de cessation d'emploi :

a démissionné a été congédié(e) a été licencié(e) Autre : _____

Date à laquelle l'emploi a pris fin : _____

Date à laquelle le paiement final a été reçu : _____

Montant des revenus bruts reçus pendant le dernier mois d'emploi : _____ \$

Si l'employé(e) a démissionné, quelle était la raison donnée par l'employé(e) ? _____

Merci de votre aide. Si vous avez des questions concernant ce formulaire, veuillez contacter _____ à _____

EMPLOYEUR, VEUILLEZ SIGNER CI-DESSOUS ET RENVOYER EN UTILISANT L'ENVELOPPE INCLUSE CI-JOINTE OU ENVOYEZ UN FAX À _____.

Nom de la société	Nom et titre de la personne qui complète le formulaire	Date
Adresse de la société	() _____	Numéro de téléphone
Ville	État	Code postal

Distribution : Original/originaux à l'employeur