

GEHALTSBESTÄTIGUNGSFORMULAR

Behörde für Soziales und Familie

DATUM: _____

AN: _____

Fallname: _____
Fallnummer: _____
Fallnummer: _____
Verwaltungsbezirk- Nr.: _____

Name des Mitarbeiters: _____

Sozialversicherungsnummer (optional): _ _ _ _ (nur die letzten vier Stellen)

Diese Person hat Sozialhilfeleistungen beantragt. Mit der Unterzeichnung dieses Antrags wurde die Genehmigung erteilt, Sie zu kontaktieren, um bestimmte Informationen zu überprüfen. Bitte bestätigen Sie die Beschäftigungsinformationen für obenstehende Person. Bitte senden Sie dieses Formular bis zum _____ zurück.

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber auszufüllen.

Bitte beantworten Sie die Fragen für die markierten Kästchen.

Ist diese Person aktuell bei Ihnen oder bei Ihrem Unternehmen beschäftigt? Ja Nein

Beginn der Beschäftigung (Datum): _____

Datum der Auszahlung oder erwarteten Auszahlung des ersten Gehaltschecks: _____

Wie viele Tage hat die Person in ihrem ersten Gehaltszeitraum gearbeitet? _____

Wie viele Tage wird die Person normalerweise in einem Gehaltszeitraum arbeiten? _____

Erwarten Sie Einkommensänderungen? Ja Nein Wenn ja, bitte erläutern

Lohnsatz: _____ USD Erwartete Anzahl Arbeitsstunden pro Woche: _____

Bitte füllen Sie folgende Informationen für die Monate _____ aus.

Datum der Gehaltsauszahlung Monat & Tag	Anzahl Stunden	Satz von Gehalt	Bonus oder Urlaub Gehalt	Brutto Gehalt	Trinkgelder	Lohnauffüllung (EITC)

FORTSETZUNG AUF DER NÄCHSTEN SEITE

Wir häufig wird das Einkommen ausgezahlt?

Täglich Wöchentlich Alle 2 Wochen Zweimal pro Monat Monatlich
 Sonstiges

An welchem Wochentag wird das Einkommen ausgezahlt?

Sonntag Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Hilft Ihr Unternehmen bei der Zahlung von Kinderbetreuung? Wenn ja,

Wie viel? _____
 Wie oft? _____

Verfügt diese Person über eine Krankenversicherung Ja Nein Wenn ja, bitte folgende Informationen ausfüllen:

Name des Versicherungsunternehmens: _____
 Versicherungszertifikat-Nr.: _____ Wirksamkeitsdatum des Versicherungsschutzes: _____
 Versicherte Personen: _____

Wenn die Person nicht mehr bei Ihnen beschäftigt ist, bitte folgende Informationen ausfüllen:

Grund für das Ende der Beschäftigung:

Hat gekündigt Wurde entlassen Vorübergehend entlassen Sonstiges: _____

Datum des Beschäftigungsendes: _____

Datum der Auszahlung des letzten Gehalts: _____

Im letzten Beschäftigungsmonat erhaltenes Bruttoeinkommen: _____ USD

Wenn der Mitarbeiter gekündigt hat, welchen Grund hat er angegeben? _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe in dieser Angelegenheit. Wenn Sie Fragen zu diesem Formular haben, kontaktieren Sie bitte _____ unter _____

ARBEITGEBER, BITTE UNTEN UNTERSCHREIBEN UND MITHILFE DES BEILIEGENDEN RÜCKUMSCHLAGS ZURÜCKSENDEN ODER PER FAX AN _____ SENDEN.

 Name des Unternehmens Name und Titel der Person, die das Formular ausfüllt Datum

 Adresse des Unternehmens ()
 Telefonnummer

 Stadt Bundesstaat Postleitzahl

Vertrieb: Original(e) an Arbeitgeber