

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

