페어펙스 카운티

DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES(가족 복지국)
Office for Children(아동부) • School Age Child Care
(취학 연령 방과후 프로그램)
12011 Government Center Pkwy. – Suite 936
Fairfax, VA 22035 703-449-8989
팩스: 703-653-1304 www.fairfaxcounty.gov/ofc

고용 확인서 (EMPLOYMENT VERIFICATION)

페어펙스 카운티는 저소득 및 중간 소득 가정에 아동 보육 지원을 제공하고 있습니다. 이 프로그램 수혜 자격을 갖추려면, 근로자 부모들은 반드시 근무 시간 및 소득을 기록해야 합니다. 아래 빈칸을 빠짐없이 작성해 주십시오.

섹션 I: 피고용자 작성란

피고용자 이름: _____ SACC 계정 번호 _____

피고용자 주소: _____
(상세 주소) (시) (우편번호)

피고용자 집전화: _____ 휴대전화 _____

본인은 본인의 고용주가 본인의 고용, 급여 및 근무 일정과 관련한 정보를 공개하는 것을 허가하는 바입니다.

_____ _____
피고용자 서명: 날짜

섹션 II: 매니저/상사 고용주 작성란:

1. _____은(는) 본인의 부하 직원으로 주당 _____ 시간을 근무하고 있으며 시간당 급여는 _____입니다.
2. 이 직원이 받는 급여는 다음과 같습니다. 주 급여 _____ 격주 급여 _____ (26 회/1 년)
   월 급여 _____ 월 2 회 급여 _____ (24 회/1 년)
3. 이 직원은 급여 명세서를 ☐습니다 빈☐ 않습니다(하나에 체크 표시하십시오). 직원이 급여 명세서를 받는 경우,
   회사 규정 상, 다음 급여 명세서가 발행되는 날짜는: _____
4. 이 직원의 근무 스케줄이 매주 달라집니까? 예 ☐ 아니요☐
5. 직원의 근무 스케줄을 적으십시오:

날짜	근무 시간	
월	시작:	종료:
화	시작:	종료:
수	시작:	종료:
목	시작:	종료:
금	시작:	종료:
토	시작:	종료:
일	시작:	종료:

직원 출근 개시일: _____

매니저/상사의 이름(인쇄체로 쓰십시오)_____

매니저/상사의 서명:_____

회사 또는 단체 이름: _____

주소: _____

_____

고용주 전화번호: _____

날짜: _____

Clear Form

O F C Office for Children
www.fairfaxcounty.gov/ofc

Fairfax County Department of Family Services

버지니아주 페어펙스 카운티 출판물

미국 장애인법(ADA)에 의거한 합당한 편의를 요구하고자 하실 경우, 703-449-1414 또는 **TTY 771 번으로 전화하시기 바랍니다.**

개정: 2010 년 3 월