QUẬN HẠT FAIRFAX

DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES
(SỞ DỊCH VỤ GIA ĐÌNH)
Office for Children • School Age Child Care
(Phòng Trẻ Em • Giữ Trẻ Tuổi Đi Học)
12011 Government Center Pkwy. – Suite 936
Fairfax, VA 22035 703-449-8989
FAX 703-653-1304
www.fairfaxcounty.gov/ofc

Clear Form

GIẤY THẨM TRA VIỆC LÀM (EMPLOYMENT VERIFICATION)

Quận hạt Fairfax trợ cấp giữ trẻ cho các gia đình có thu nhập thấp và vừa. Để được hưởng chương trình này, các bậc cha mẹ có việc làm phải kê khai số giờ làm việc và thu nhập. Xin điền đầy đủ tất cả các thông tin yêu cầu dưới đây.

Mục 1: Người lao động điền

Tên Người Lao Động: _____ Số Tài Khoản SACC _____

Địa Chỉ Người Lao Động: _____

(đường) (thành phố) (Mã zip)

Điện Thoại Nhà của Người Lao Động: _____ ĐT Di Động _____

Tôi đồng ý cho chủ sở làm của tôi cung cấp thông tin về việc làm, lương và lịch làm việc của tôi.

_____ _____

Người lao động ký tên Ngày

Mục II: Giám Đốc/Giám Sát, Chủ Sở Làm điền:

1. _____ làm việc cho tôi _____ giờ mỗi tuần.
2. Mức lương của người lao động này là: _____ mỗi ☐ ngày ☐ tuần ☐ tháng ☐ 2 tuần (26 kỳ/năm) ☐ tháng (24 kỳ/năm)
3. Người lao động này ☐ **có** ☐ **không** được nhận cuống chi phiếu lương (chọn một). Các cuống chi phiếu lương sẽ phải nộp cùng với giấy này.

Lịch Làm Việc:

Giờ	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
(Ví dụ: 8-5)							

4. Ngày Bắt Đầu Làm Việc của Người Lao Động _____
5. Tên/Chức Danh Người Giám Đốc/Giám Sát (xin viết chữ in)_____
6. Tên Công Ty hoặc Tổ Chức _____
7. Địa Chỉ Công Ty: _____
8. Số điện thoại của người lao động: _____

Tôi xác nhận rằng thông tin thu nhập này là đúng và chính xác về tình trạng tài chính của người lao động của tôi.

Chữ Ký của Giám Đốc/Giám Sát: _____ Ngày: _____