

إعادة إلى: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل إفادة التحقق من التوظيف
--	--

القسم 1 معلومات عامة	
الاسم الأول:	الاسم الأخير
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 الوظيفة الحالية/الجديدة			
المسمى الوظيفي:	تاريخ بدء الوظيفة: شهر/يوم/سنة		
أجر الساعة:	بقشيش:		
يتم الدفع كل:	<input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> أسبوعين <input type="checkbox"/> نصف شهر <input type="checkbox"/> شهر		
نهاية الفترة	المبلغ الإجمالي المدفوع	تاريخ الاستلام	ساعات العمل
جدول مواعيد العمل: (إذا كان جدول مواعيد العمل غير ثابت، فاذكر عدد أيام العمل في الأسبوع).			
عدد ساعات العمل في الأسبوع:		هل يعمل الموظف خلال: <input type="checkbox"/> الفترة المسائية/ الفترة الليلية (7 مساءً - 6 صباحًا) <input type="checkbox"/> عطلات نهاية الأسبوع	

القسم 3 انتهاء العمل	
آخر يوم في العمل: شهر/يوم/سنة	تاريخ آخر دفعة تلقيتها: شهر/يوم/سنة
هل الموظف في إجازة بدون أجر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة هي "نعم"، فإن التاريخ المتوقع للعودة هو: شهر/يوم/سنة	
إجمالي مبلغ الشيك الأخير:	

القسم 4 معلومات جهة العمل	
اسم الشركة:	رقم الهاتف:
العنوان:	
اسم الشخص الذي يكمل النموذج:	التوقيع:
اللقب:	التاريخ: شهر/يوم/سنة
رقم الهاتف:	

القسم 5 التوقيع	
موافقة الإفصاح عن المعلومات أنا أدرك أنه سيتم التحقق من هذه المعلومات واستخدامها من قبل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل من أجل تحديد أهليتي للحصول على المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.	
التوقيع:	التاريخ: