

메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 고용 확인서	반송: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
---	---

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 신규/현재 고용 상태			
직업명:		업무 시작일: MM/DD/YYYY	
시급:	팁:	수수료:	
지급 주기: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주당 <input type="checkbox"/> 2개월당 <input type="checkbox"/> 매달			
종료 기간	총 지급액	수령일	근무한 시간
업무 일정: (일정이 불규칙한 경우, 주당 근무한 날짜의 수를 알려주십시오.)			
주당 근무한 시간:		직원 근무 시간: <input type="checkbox"/> 저녁/야간 (7pm - 6am) <input type="checkbox"/> 주말	

섹션 3 업무 종료		
근무한 마지막 날짜: MM/DD/YYYY	최종 급여 수령일: MM/DD/YYYY	최종 수표의 총 금액:
직원이 무급 휴가를 떠났습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		예인 경우, 돌아올 예정일: MM/DD/YYYY

섹션 4 고용주 정보	
회사 이름:	전화번호:
주소:	
양식 작성자 성명:	서명:
직위:	날짜: MM/DD/YYYY
	전화번호:

섹션 5 서명	
<b>정보 공개 동의</b> 본인은 이 정보를 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램에서 아동보호 장학금 대상 여부 판단을 위해 본 정보를 확인 및 사용하는 것을 이해합니다.	
서명:	날짜: