

马里兰州教育部/儿童照护办公室 儿童照护奖学金计划 就业核查声明	寄回至： CCS Central 2 邮政信箱 346031 Bethesda, MD 20827
--	--

第 1 部分 一般信息

名字:	姓氏:
出生日期 (DOB):	联系电话:
社会安全号码 (SSN) (可选):	

第 2 部分 新/当前就业

职称:	工作开始日期: 月/日/年		
每小时工资:	小费:	佣金:	
发薪频率: <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 每双周 <input type="checkbox"/> 每半月 <input type="checkbox"/> 每月			
结束时间	工资总额	接收日期	工作时数
工作时间表: (如果时间表有变化, 请指明每周工作天数。)			
每周工作小时数:	员工是否在以下时间工作: <input type="checkbox"/> 晚上/夜间 (晚上 7 点至早上 6 点) <input type="checkbox"/> 周末		

第 3 部分 工作终止

最后工作日: 月/日/年	收到的最终工资的日期: 月/日/年	最终支付的总金额:
员工是否在休无薪假? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若答案为是, 预计返回日期为: 月/日/年

第 4 部分 雇主信息

公司名称:	电话号码:	
地址:		
填表人姓名:	签名:	
职位:	日期: 月/日/年	电话号码:

第 5 部分 签名

发布信息同意书
 本人了解儿童照护奖学金计划将核查并使用此信息来确定我是否有资格获得儿童照护奖学金。

签名:	日期:
-----	-----