Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)

Employment Verification Form

WIC Staff Completes the Following:

_____ is a member of a household applying for assistance
(Name of applicant or member of applicant's household)
or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

Employee Completes the Following:

I authorize the employer listed below to release the information on this form.

_____ _____
Signature of employee (applicant or member of applicant's household) Date

Employer Completes the Following:

Company/Employer _____ Telephone No. _____

Address: _____
(Physical Address) (City) (State) (Zip Code)

1. Is the person named above currently employed with your company? ❑ Yes ❑ No Date Hired: _____
2. Hourly wage (complete only if paid hourly) $ _____/hour
3. How often paid? ❑ Daily ❑ Weekly ❑ Every two weeks ❑ Twice monthly ❑ Monthly
4. Is the employee usually paid commission, overtime, or tips? ❑ Yes ❑ No

In the chart below, record the gross amount of income the person received **within the last 60 days**. If the employee has not received his/her first paycheck, please provide an estimate of his/her gross pay for the pay period.

Date Pay Period Ended	Actual Hours	Gross Pay (prior to deductions)	Other Pay (e.g., tips, overtime, commission)

I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or member of applicant's household can be removed from WIC, criminally prosecuted, or both. The above information may be verified by WIC officials.

_____ _____ _____
Signature of person completing employer section of this form Title Date

This institution is an equal-opportunity provider.
© 2006 Department of State Health Services. Nutrition Services Section. All rights reserved.

Chương Trình Dinh Dưỡng Phụ Trội Đặc Biệt Cho Đàn Bà, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC)

Tờ Chứng Nhận Việc Làm

Nhân Viên WIC điền vào các chỗ trống sau đây:

_____ là người trong một gia đình đang điền đơn xin giúp đỡ hoặc là người
(Tên của người đệ đơn hoặc người nhà)
có lợi tức ảnh hưởng tới việc xin trợ giúp của người khác trong nhà. Để xác định việc gia đình này được hưởng chương trình, chúng tôi cần kiểm tra tất cả nguồn lợi tức. Vì người này đang là nhân viên của công ty, chúng tôi cần đến sự trợ giúp của quý vị.

Nhân viên điền vào các chỗ trống sau đây:

Tôi đồng ý cho tiết lộ những tài liệu sau đây

_____ _____
Chữ ký của nhân viên (đương đơn hoặc người trong nhà) Ngày

Công Ty điền vào các chỗ trống sau đây:

Công Ty/Chủ Nhân _____ Điện thoại số _____

Địa chỉ: _____

1. Người ký tên trên đây hiện thời có làm việc với quý hãng không? ❑ Có ❑ Không

   Ngày mướn: _____ Ngày thôi việc: _____

2. Lương giờ (Chỉ điền vào phần này nếu trả lương giờ) $ _____

3. Lãnh lương như thế nào? ❑ Hàng ngày ❑ Hàng tuần ❑ Mỗi hai tuần ❑ Hai lần mỗi tháng ❑ Mỗi tháng

4. Nhân viên này có thường được tiền hoa hồng hoặc tiền thưởng (tips) không? ❑ Có ❑ Không

Xin điền bảng dưới đây số lợi tức trước thuế mà đương sự đã nhận lãnh trong 60 ngày vừa qua. Nếu người này chưa từng lãnh lương lần đầu tiên, xin vui lòng ghi xuống mức lợi tức phỏng chừng trước khi đóng thuế của một kỳ lương.

Kỳ Lương Kết Thúc Ngày	Giờ làm việc	Tiền lương (trước khi đóng thuế)	Các thứ tiền lãnh khác (như là: tiền thưởng, tiền làm thêm giờ, tiền hoa hồng)

Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình dấu diếm hay khai dối thì người đệ đơn này và/hoặc người trong nhà có thể bị loại khỏi WIC, bị truy tố bởi luật pháp, hoặc cả hai. Lời khai trên đây có thể được kiểm chứng bởi nhân viên WIC.

_____ _____ _____
Chữ ký của người điền vào phần dành cho Công Ty Chức Vụ Ngày

Đây là cơ quan phục vụ bình đẳng.
© 2006 Bộ Y-Tế Tiểu Bang. Cơ quan giữ bản quyền.