

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
PARENT CERTIFICATION OF LAST DAY OF EMPLOYMENT

برنامج رعاية الأطفال المدعمة
إقرار بيانات العمل (ولي الأمر)

لأغراض إكمال الوثيقة، يرجى ملء الحقول التالية:

يرجى من ولي الأمر تزويدنا بالمعلومات المطلوبة أدناه

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة هاهنا صحيحة ودقيقة إلى حد علمي، وأن عدم صحتها يعرضني لعقوبات الحنث باليمين. وأفهم أن تقديم معلومات زائفة أو مضللة في طلبتي للحصول على مساعدات مالية من الإدارة، أو تلقي مساعدات مالية من الإدارة بناء على معلومات زائفة أو مضللة، أو إخفاء أو حجب معلومات بغرض إثبات الأهلية أو الحفاظ عليها أو زيادة قيمة معونات رعاية الأطفال قد يؤدي إلى إنهاء فوري لدعم رعاية الأطفال الذي أحصل عليه.

تاريخ أول يوم عمل: _____ تاريخ آخر يوم عمل: _____
الأجر في الساعة: _____ دولار أمريكي متوسط عدد ساعات العمل في الأسبوع: _____
إجمالي المبلغ الوارد في آخر شيك رواتب: _____ دولار أمريكي المسمى الوظيفي/ المنصب: _____
اسم الشركة: _____
عنوان الشركة: _____
المدينة/ الولاية/ الرمز البريدي: _____

أفهم أنه يجب عليّ تقديم مستندات الضرائب الخاصة بي (نموذج W2 و/ أو نموذج إقرار الضرائب على الدخل) في عملية تجديد أهليتي من أجل توثيق هذا التغيير في العمل.

اسم ولي الأمر: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
توقيع الوالد: _____
تاريخ اليوم: _____

يرجى من مسئول الدعم تزويدنا بالمعلومات المطلوبة أدناه

لقد حاولت التواصل مع صاحب العمل السابق في _____ ، وقد
التاريخ:

نجحت في الوصول إلى صاحب العمل السابق

لم أنجح في الوصول إلى صاحب العمل السابق

اسم مسئول الدعم الخاص بك

اسم الوكالة التابع لها مسئول الدعم الخاص بك

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

العنوان

رقم الفاكس

عنوان البريد الإلكتروني

رقم الهاتف