

## التحقق من التوظيف

أكمل فقط إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على تعويض عن فقدان الأجر / فقدان الدعم.

يُملأ ويُوقَّع من قبل صاحب العمل فقط. يجب توثيق هذا النموذج.

اسم الموظف: \_\_\_\_\_

# الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_

تاريخ كالتالي: \_\_\_\_\_  
تاريخ الضحية يعمل وقت الجريمة ( ) نعم ( ) لا

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، قم بإرفاق نسخ من الضرائب الفيدرالية والولاية للفترة التي سبقت ارتكاب الجريمة والتي مدتها عامين.

اسم صاحب العمل: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_

ولاية \_\_\_\_\_

لقد غاب الضحية عن العمل بسبب الإصابات المتعلقة بالجريمة: ( ) نعم ( ) لا

ل

إذا كانت الإجابة بنعم، من \_\_\_\_\_

العناصر المدرجة أدناه هي عبارة عن مبالغ أسبوعية:

إجمالي الأرباح: \_\_\_\_\_ صافي الدخل الأسبوعي: \$ \_\_\_\_\_

تم حجب الضمان الاجتماعي: \$ \_\_\_\_\_ الضريبة المقتطعة من الدولة: \$ \_\_\_\_\_ الضريبة الفيدرالية المقتطعة: \$ \_\_\_\_\_

الخصومات الأخرى (مفصلة): \_\_\_\_\_ \$ أيام العمل النموذجية في الأسبوع: من الأربعاء إلى الخميس ومن الجمعة إلى السبت والأحد قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

يرجى وضع دائرة

استمرار دفع أجر الضحية أثناء غيابه عن العمل: ( ) نعم ( ) لا

لقد عاد الضحية إلى العمل: ( ) نعم ( ) لا

إذا استمر دفع أجر الضحية أثناء غيابه عن العمل، أكمل ما يلي:

تاريخ الانتهاء	الشرح	المبلغ
	تاريخ الانتهاء	\$ \$ \$ \$ \$ \$
	تاريخ الانتهاء	\$ \$ \$ \$ \$ \$ العمال
	البطالة	
	التأمين - الصحة	
	التأمين - آخر	
	أجازة	
	مريض	
	مجموعة أصحاب العمل	
	الإعاقاة	
	الاتحاد	
	آخر	

اسم صاحب العمل ولقبه \_\_\_\_\_

توقيع صاحب العمل \_\_\_\_\_

يجب إكمال ما يلي من قبل كاتب العدل:

تم الاشتراك فيه وأقسمت عليه أمامي بواسطة \_\_\_\_\_

يوم \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. هذا \_\_\_\_\_

تنتهي صلاحيتي: \_\_\_\_\_

إمضاء: \_\_\_\_\_

ختم أو طابع بريدي مثبت هنا