

Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels
 500 Mero St., Frankfort, KY 40601
 crimevictims@ky.gov
 502-782-8255

VÉRIFICATION DE L'EMPLOI

À remplir uniquement si vous faites une demande de perte de salaire ou de perte de soutien.

À remplir et à signer uniquement par l'employeur. Ce formulaire doit être notarié.

Nom de l'employé : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Date du crime : _____ La victime était employée au moment du crime () Oui () Non

Si vous êtes TRAVAILLEUR INDÉPENDANT, joignez des copies des impôts d'État et fédéraux pour la période de deux ans précédant le crime.

Nom de l'employeur : _____ Téléphone : _____

Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

La victime a manqué du temps de travail en raison de blessures liées au crime : () Oui () Non

Si oui, à partir de _____ à _____

Les éléments énumérés ci-dessous doivent être des montants hebdomadaires :

Revenu brut : \$ _____ Revenu net à emporter par semaine : \$ _____

Impôt fédéral retenu : \$ _____ Impôt d'État retenu : \$ _____ Retenue de sécurité sociale : \$ _____

Autres déductions (détaillées) : _____ \$ Jours de travail typiques par semaine : LMT JEU V Sam Dim Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

S'il vous plaît, entourez

La victime est retournée au travail : () Oui () Non

Le salaire de la victime a été maintenu pendant l'arrêt de travail : () Oui () Non

Si le salaire de la victime a continué à être versé pendant son absence du travail, veuillez compléter ce qui suit :

Déductions	Montant par semaine	Date de début \$	Date de fin
indemnisation des accidents du travail	\$		
Chômage	\$		
Assurance – Santé	\$		
Assurance – Autre	\$		
Vacances	\$		
Malade	\$		
Groupe d'employeurs	\$		
Invalidité	\$		
Union	\$		
Autre			

 Nom et titre de l'employeur

 Signature de l'employeur

Les éléments suivants doivent être remplis par un notaire :

SOUSCRITS ET JURÉ DEVANT MOI PAR _____

CE _____ JOUR DE _____ . 20 _____

MA COMMISSION EXPIRE : _____

Signature: _____

Sceau ou timbre apposé ici