

Fòm Verifikasyon Travay

Itilize **SÈLMAN** si Konjwen/Paran/Responsab legal (pa patnè ki pa marye) **pa** resevwa souch pèman atravè anplwayè yo

Lè w siyen dokiman sa a, w ap otorize anplwayè ki nan lis la pou li bay enfòmasyon sou travay ak salè minimòm nan Pwogram Depistaj pou Lavi (SFL) ak Koneksyon Swen Sante (HCC). Yo pral itilize enfòmasyon ki anba a **SÈLMAN** pou verifye elijibilite pou pwogram yo. Depi w fin ranpli Seksyon Konjwen/Paran/Gadyen Legal SFL la, soumèt dokiman sa a bay anplwayè aktyèl ou. Tanpri retounen fòm ki ranpli a bay Biwo SFL/HCC swa pa imel nan **dhss_dph_healthaccessde@delaware.gov**, pa FAKS nan **302-736-7940** oswa nan **302-739-2545**, oswa pa lapòs nan **Biwo SFL/HCC, Divizyon Sante Piblik, 540 S. DuPont Highway, STE. 11, Dover, DE 19901**

Non Aplikan SFL : _____ SFL ID # (si l asiyen): _____

Seksyon Konjwen/Paran/Responsab Legal SFL

Mwen, _____ (Non Konjwen/Paran/Gadyen legal SFL), otorize anplwayè mwen an pou li bay pwogram SFL ak HCC enfòmasyon sou travay mwen ak salè minimòm mwen nan objektif pou verifye elijibilite.

_____/_____/2024
Siyati SFL Konjwen/Paran/Responsab Legal (Dirèk) Dat

Seksyon Anplwayè

(Anplwayè w la dwe ranpli seksyon sa a *Yon fòm pou chak anplwayè*)

Non Konpayi: _____

Adrès Konpayi: _____

Tit Travay Anplwaye a: _____

Frekans Pèman (Peryòd Pèman): Chak semèn Chak de semèn Chak mwa Semi-Mansyèl Chak ane

Kalite Revni: Chak Pousantaj: \$ _____ pou chak èd èdtan

Salè Salè: \$ _____ pou chak peryòd pèman

Total èdtan pou chak peryòd peye: _____ èdtan

Si anplwaye a se yon travayè sezonye, konbyen mwa yo travay nan nivo salè sa a? _____ mwa yo

Non ak Tit Anplwayè a (Ekri an lèt detache)

Nimewo Kontak Anplwayè a

Siyati Anplwayè a (Dirèk)

_____/_____/2024

Dat

**Nenpòt chanjman ki fèt ap anile dokiman sa a*

POU UTILIZASYON BIWO SFL/HCC SÈLMAN

Verifye pa (Non ak Tit anplwaye SFL/HCC): _____

Anplwayè Kontakte (Non ak Tit): _____

Dat Verifikasyon: ____/____/2024



(Dat Resepsyon Tenb SFL/HCC Anwo)