

Fòm Verifikasyon Travay

(Itilize SÈLMAN si Aplikan an pa resewva 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. Yon fwa ou fin ranpli Seksyon Aplikan an nan dokiman sa a, 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 Aplikan SFL

Mwen, _____ (Aplikan Non SFL), otorize anplwayè mwen an pou l bay pwogram SFL ak HCC enfòmasyon sou travay mwen ak salè minimòm mwen nan objektif pou verifye elijibilite.

_____/_____/2024
Siyati Aplikan SFL (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 èdtan Pousantaj: \$ _____ . _____ pou chak 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 _____

_____/_____/2024
Siyati Anplwayè a (Dirèk) Dat

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)

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