Washington State Department of Social & Health Services

PRESTANAK RADA
STOP WORK

CSO - RADNIK	BROJ TELEFONA
IDENTIFIKACIONI BROJ KLIJENTA	DATUM

Dio 1: Ispunite ovaj dio prije no što ga odnesete u firmu u kojoj ste prestali raditi.

Svojim potpisom, dajem odobrenje mom poslodavcu da ispuni ovaj obrazac za Odsjek za društvene i zdravstvene djelatnosti.

POTPIS	DATUM	UPIŠITE OVDJE SVOJE IME

IME KOMPANIJE

ADRESA KOMPANIJE: ULICA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ

Dio 2: Ovaj dio treba ispuniti osoba iz kompanije kojoj su poznati podaci o zaposlenju i plati.

1. Koji je bio zadnji radni dan radnika?_____

2. Iznos posljednjeg platnog čeka (prije poreza): $_____Datum primanja:_____

   Navedite iznose (prije poreza) i datume primanja ostalih platnih čekova, primljenih u istom mjesecu kao i posljednji platni ček:

PRIMLJENI IZNOS (PRIJE POREZA)	DATUM PRIMANJA
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____
$_____	_____

3. Zašto je okončan ovaj posao?
   ☐ Nedostatak posla ☐ Posao je bio privremen - sezonski ☐ Ostao bez posla (na čekanju)
   ☐ Odsustvo (kao neplaćeno ili porodiljsko). Da li je: ☐ Plaćeno ☐ Neplaćeno

   Ako je plaćeno, koliko je radnik plaćen: $_____

   Kada se očekuje da se radnik vrati:_____

   ☐ Drugo:_____

4. Da li će radnik primiti bilo kakvu otpremninu? ☐ Da ☐ Ne

   AKO HOĆE: Kada će je primiti?_____ Koliko će to biti? $_____

5. Može li radnik unovčiti bolovanje ili godišnji odmor? ☐ Da ☐ Ne

   AKO MOŽE: Kada će to primiti?_____ Koliko će to biti? $_____

6. Može li radnik podići novac iz penzionih ili 401K fondova? ☐ Da ☐ Ne

   AKO MOŽE: Kada će to primiti?_____ Koliko će to biti? $_____

Molimo upišite sljedeće podatke u slučaju da vas trebamo kontaktirati:

POTPIS	DATUM	BROJ TELEFONA
UPIŠITE SVOJE IME ŠTAMPANIM SLOVIMA	RADNO MJESTO - ZVANJE	