

Department of Labor and Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291



**ទម្រង់អនុញ្ញាតឱ្យបើកបញ្ជូនឯកសារធុរៈ  
កិច្ចសហជីពការងាររបស់កម្មករ**

ជូនចំពោះអស់លោកអ្នក ដែលត្រូវអនុវត្តកាតព្វកិច្ចនេះ ៖

តាមរយៈលិខិតនេះ លោកអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាត ឱ្យផ្តល់ជូនក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្មរបស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីន  
នតោន (Washington State Department of Labor and Industries) នូវសំណើចម្លងនៃឯកសារធុរៈ  
កិច្ចសហជីពការងារ (Union Dispatch Records) របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ថា ក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្ម (Labor and Industries) នឹងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធ្វើការ  
វាយតម្លៃមើលការទាមទារប្រាក់ធានារ៉ាប់រងជម្ងឺពាក់ព័ន្ធនឹងការងាររបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ស្របថា ការអនុញ្ញាតនេះនឹងនៅតែមានសុពលភាព រហូតដល់ការទាមទារប្រាក់ធានារ៉ាប់រងជម្ងឺ  
នេះត្រូវបានបិទបញ្ចប់ជាស្ថាពរ, លើកលែងតែវាត្រូវបានដកហូតវិញដោយរូបខ្ញុំ តាមរយៈការជូនលិខិត  
លាយលក្ខណ៍អក្សរដល់ក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្ម។

លោកអ្នកអាចទទួលយកសំណើចម្លងនៃទម្រង់នេះទុកដូចជាសំណើដើម។

ហត្ថលេខារបស់កម្មករ ឬរបស់អ្នកតំណាងកម្មករ

កាលបរិច្ឆេទ

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត

ចូរផ្ញើទម្រង់នេះត្រឡប់ទៅកាន់ ៖  
Department of Labor and Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំក្រសួង ឱ្យស្នើសុំឯកសារធុរៈកិច្ចសហជីពការងារ (Union Dispatch Records)  
របស់លោកអ្នក នោះសូមផ្តល់ព័ត៌មានទាំងឡាយខាងក្រោម ភ្ជាប់ជាមួយទម្រង់អនុញ្ញាតឱ្យបើកបញ្ជូន  
ឯកសារធុរៈកិច្ចសហជីពការងាររបស់លោកអ្នក ៖

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់សហជីពការងារទាំងអស់ដែលលោកអ្នកបានធ្វើការឱ្យ ទាំងនៅក្នុងនិងនៅក្រៅរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

|                      |      |            |
|----------------------|------|------------|
| ឈ្មោះរបស់សហជីពការងារ |      |            |
| មូលដ្ឋាន             |      |            |
| អាសយដ្ឋាន            |      |            |
| ក្រុង                | រដ្ឋ | លេខស៊ុបកូដ |

|                      |      |            |
|----------------------|------|------------|
| ឈ្មោះរបស់សហជីពការងារ |      |            |
| មូលដ្ឋាន             |      |            |
| អាសយដ្ឋាន            |      |            |
| ក្រុង                | រដ្ឋ | លេខស៊ុបកូដ |

|                      |      |            |
|----------------------|------|------------|
| ឈ្មោះរបស់សហជីពការងារ |      |            |
| មូលដ្ឋាន             |      |            |
| អាសយដ្ឋាន            |      |            |
| ក្រុង                | រដ្ឋ | លេខស៊ុបកូដ |

|                      |      |            |
|----------------------|------|------------|
| ឈ្មោះរបស់សហជីពការងារ |      |            |
| មូលដ្ឋាន             |      |            |
| អាសយដ្ឋាន            |      |            |
| ក្រុង                | រដ្ឋ | លេខស៊ុបកូដ |