

Confidential Employee Data Sheet

Employee Name	Social Security #	Employee ID #	Part Time	Full Time
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Address		Telephone #	Start Date	Temporary
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
			End Date	
			<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Emergency Contact Name	Telephone #	Starting Date	Pay Level	Next Review
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Hospital/Physician Name	Telephone #			
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			

W/E Exemptions / State Exempt	or	Position Title	Benefits Provided	Pay Grade	Amount
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	↓	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copy of Driver's license or ID

Notes