

Formulario de Verificación de Sueldo
Wage Verification Form

Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____

Para: _____ Nombre: _____
 _____ Número de Caso: _____
 _____ ID del Caso: _____
 _____ Número de Distrito: _____

RE: _____ **SSN: XXX-XX-** _ _ _ _

Esta persona llenó una solicitud para recibir servicios sociales de nuestra agencia. Al firmar la solicitud el/la solicitante nos autorizó a ponernos en contacto con cualquier fuente de información para verificar la información necesaria. Por favor, confirme la información de empleo de _____. Devuelva este formulario en o antes _____. Este formulario debe ser completado por el empleador.

Favor de completar la siguiente información.

¿Está trabajando esta persona para usted o para su compañía? Sí No

Primer día de empleo: _____
 Día que recibió o recibirá su primer cheque _____
 ¿Cuántos días trabajó en su primera semana? _____
 ¿Cuántos días trabajará regularmente en la semana? _____
 ¿Espera cambios en el sueldo? Sí No
 Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

Complete la siguiente información para los meses de _____

Día de Pago Mes y Día	Número de Horas	Pago por Hora	Bono o Pago de Vacaciones	Ingreso Bruto	Propinas	EITC

CONTINUE ON BACK PAGE

¿Con qué frecuencia recibe el salario?
 Diario Semanal Cada 2 semanas Quincenal Mensual Otro

¿Qué día le pagan?
 Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

¿Ayuda la compañía a pagar por el cuidado de los niños (guardería)? Si la respuesta es sí.

¿Con qué frecuencia? _____

¿Con qué cantidad? _____

¿Tiene el trabajador Seguro Médico? Sí No.

Si la respuesta es afirmativa:

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Número de póliza: _____ Fecha inicial de cobertura: _____

Personas incluidas en el seguro: _____

Si la persona ya no trabaja para usted, complete la siguiente información:

Razón de terminación del empleo:

Renuncia Despido Dado de baja Otro _____

Fecha de terminación del empleo: _____

Fecha en que recibió el último pago: _____

Ingreso Bruto en el último mes de empleo: _____

Si la persona renunció o abandonó el trabajo, por favor explique: _____

Gracias por su ayuda.

Si tiene preguntas llame a:

La persona que llena este formulario debe firmar aquí:

Nombre de la Compañía Nombre y Título de la persona que llenó este formulario Fecha

Dirección

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Distribution: Originals(s) to employer