

Departamento de Servicios Humanos
Formulario de Verificación de Ingresos Múltiples

Empleador: _____

Empleado: _____

Dirección: _____

de Seguro Social del empleado ____ - ____ - ____

de ID del Empleador: _____

Por favor complete la Sección I y que su empleador complete la Sección II. Este es un formulario muy importante porque sus beneficios dependen de la devolución de este formulario dentro de diez (10) días.

Sección I: Para ser completado por el cliente

Yo, _____, autorizo a _____ para
(nombre del cliente) (nombre del empleador)

proveer información a



(nombre de la oficina local)

Departamento de Servicios
Sociales

Firma _____ Fecha ____/____/____

Sección II: Para ser completado por el empleador (por favor proporcione la siguiente información del empleado mencionado anteriormente). Gracias por su pronta atención y cooperación con este asunto.

A: Empleado nuevo, temporal o permanente (si al empleado se le sigue pagando)

Primer día de empleo: ____/____/____ Fecha del primer pago recibido ____/____/____

Pago total del primer cheque: \$ _____ Tasa de pago \$ _____ por _____

Número de horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____

Día de semana que se recibe el pago: _____ Prima de seguro de salud: \$ _____

Frecuencia del seguro de salud: _____ Contribución 401 (K): \$ _____ por _____

B. Empleado despedido o con permiso

Ultimo día trabajado: ____/____/____ Fecha de pago final recibido: ____/____/____

Pago final (total): \$ _____ Total de salarios este mes \$ _____

Pago de vacaciones o licencia adeudado: no () sí () Si es así, salario total: \$ _____ Fecha de recibido: ____/____/____

¿Está el empleado con permiso sin sueldo?: no () sí ()

C: Salarios o pago por enfermedad (por favor, proporcione la información más actualizada)

Razón de la terminación del empleo _____

Fechas de Pago recibidos	Número de Horas	Salario total	Propinas/Comisión solo si es adicional al salario total
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____
____/____/____	_____	\$ _____	_____

Nombre de la empresa: _____

Dirección: _____

Firma del empleador/empleado de nómina

Fecha

____/____/____

()

Número de teléfono