



VERIFICACIÓN DE EMPLEO/LA PÉRDIDA DE INGRESOS

Fecha: _____

Con el fin de determinar la elegibilidad de _____ para la asistencia pública, por favor ayúdenos contestando las siguientes preguntas y regresar esta _____.

El Número de Caso _____

El Número de Caso/Categoría/Secuencia. _____

Dirección de la Oficina / Número de Teléfono: _____

Por favor completa cada sección que se ha marcado en la página 1 y página 2 de este forma.

Sección I – INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre del Empleado: _____ * Número de Seguro Social: _____
Dirección: _____

2. Título del Empleo: _____ Tipo de Trabajo Realizado: _____

3. Número de Horas Trabajadas por Semana: _____ Número de Días Trabajados por Semana: _____

4. A. ¿Con qué frecuencia es/era el empleado paga? Día Semana Cada Dos Semanas Mensual
B. Tarifa de pago: \$ _____ por _____ . Otro _____ (Explicar)
Hora/Día/Semana/etc

5. Empleo fecha actual se inició: _____ Fecha previamente empleadas: _____

6. ¿Tiene/¿Se reciben propinas de los empleados? Sí No *(En caso afirmativo, consejos muestran en la sección III.)*

7. ¿Es/era el empleo estacional? Sí No En caso afirmativo temporada comenzará: _____ termina el: _____

8. ¿Es/era empleado cubierto por el seguro de salud? Sí No
En caso afirmativo, ¿nombre de la compañía de seguros: _____

9. Número de dependientes cubiertos: _____

10. ¿El/Los nuevos empleados que participen en cualquier tipo de plan de ahorro de nómina o reparto de utilidades? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál es el balance? \$ _____

11. ¿La persona realiza sus funciones de trabajo: en su casa su casa N/A

Sección II – PÉRDIDA DE INGRESOS

1. Fecha en que terminó el empleo: _____

2. Razón para la terminación: _____

3. ¿Es la pérdida Permanente o Temporal? Si es temporal, ¿cuándo se espera que el empleado regrese a trabajar? _____

4. Fecha de recepción de los empleados revisión final: _____ Importe bruto: \$ _____
(Por favor lista de los últimos 4 semanas en la sección III.)

5. ¿Voluntad de los empleados recibir cualquier pago de vacaciones, el reembolso de jubilación, o de otro tipo? Sí No
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____ Fecha de recepción: _____ Importe: \$ _____

6. ¿Empleado es elegible para cualquier tipo de beneficios de su compañía, como la cobertura de seguro extendido, compensación de trabajadores, o de otro tipo? Sí No En caso afirmativo:
A. Nombre de la compañía de seguros: _____
B. Razón de beneficios: _____

Sección III – ACTA DE PAGOS RECIBIDOS

Lista de los importes brutos y las fechas de los cheques o dinero en efectivo, que fueron pagados por las últimas cuatro semanas en el espacio siguiente.

Pago Período que Finaliza	Fecha de Pago Recibidas	Ingresos Brutos	Número de Horas Regulares de Trabajo	Tarifa de Pago	Número de Horas Extraordinarias	Tarifa de Pago por Horas Extraordinarias	Consejos \$\$	Crédito por Ingreso (Earned Income Credit – EIC)

Si las horas o la tasa de salario ha variado en el período anterior, indique por qué.

 Sección IV – INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Lo que he escrito en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Sé que si doy información falsa a propósito, puedo estar sujeto a enjuiciamiento por fraude.

Firma del Empleador

Título del Empleador

Nombre del Negocio

Número Telefónico

Dirección

Fecha de Finalización

* De conformidad con el 42 C.F.R. § 435,910, el Departamento está solicitando proporcionarle el número de seguro social (SSN), pero no es necesario que nos proporcione el número de Seguro Social bajo la ley. Sin embargo, si nos dan el número de seguro social, podemos determinar la elegibilidad para asistencia o servicios más rápida y precisa. Números de seguro social se usan por el Departamento de verificación de identidad, el ingreso y verificación de elegibilidad y otros propósitos relacionados con la administración de nuestros programas.