

Formulario verificación de empleo

El empleador debe completar el formulario con tinta.

Fecha de la cita: _____

Nombre del solicitante: _____ ha solicitado asistencia.

Para determinar la elegibilidad, todos los ingresos deben estar verificados.

1. Compañía / Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

2. ¿Emplea usted al solicitante mencionado arriba? Sí No.

Si No, fecha en que terminó el empleo: _____

Si Sí, complete las preguntas 3 al 8.

3. Si el empleado está o ha estado fuera del trabajo temporalmente, ¿en qué fecha dejó de trabajar? _____

Y ¿en qué fecha regresó/planea regresar? _____

4. ¿El empleado fue inscrito en un seguro médico a través de la empresa? Sí No.

5. ¿Cuál es el promedio de horas trabajadas por semana? _____

Salario por hora: _____

6. ¿Qué tan seguido le paga?

Diario Por semana Cada dos (2) semanas Dos (2) veces al mes Mensual

Debe de completar el formulario en la parte de atrás. →



7. En el siguiente cuadro, provea todos los ingresos en las últimas cuatro (4) semanas.

Apunte los ingresos brutos (antes de las deducciones):

FECHA DE PAGO (ingrese la fecha como: mm/dd/yy)	CANTIDAD BRUTA (antes de las deducciones)

Ejemplo	
FECHA DE PAGO (ingrese la fecha como: mm/dd/yy)	CANTIDAD BRUTA (antes de las deducciones)
12/6/24	\$250.25
12/13/24	\$275.00
12/20/24	\$200.75
12/27/24	\$277.50

8. ¿Los impuestos federales se han deducido del pago del trabajador? Sí No.

Firma: _____ Fecha: _____
(Representante del empleador)

Después de completar el formulario, regrese el formulario al empleado. Si tienes alguna pregunta, llame al Centro de Navegación al 512.978.8130, opción 1.