

Verificación de Empleo e Ingreso

Reference# _____

Sección 1: El empleado complete esta sección

Nombre del Empleado: _____ Número de identificación del Empleado: _____ Numero de Contacto del empleado: _____

Yo autorizo a mi empleador a proveer información sobre mi empleo, salario y horario de trabajo.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Sección 2: Recursos Humanos o Empleador/patrono complete esta sección

1. Fecha de inicio del empleado/
Primer día de trabajo: _____
2. Estatus del empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo
Promedio de horas trabajadas por semana: _____
3. Frecuencia de Pago: Diario Semanal Bisemanal 2 Veces al Mes Mensual
4. Tarifa de pago: \$ _____ Por: Hora Día Semana Mes
5. Horario de trabajo del empleado: Por favor marque aquí si el horario varía

Horas: Ejemplo 8-5	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

6. El empleado recibe (marque todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Propinas	<input type="checkbox"/> Horas Extras	<input type="checkbox"/> Fondo de Retiro	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud
<input type="checkbox"/> Comisiones/Bonos	<input type="checkbox"/> Unión de Crédito	<input type="checkbox"/> Ganancias Compartidas	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
<input type="checkbox"/> Crédito de Ingreso Laboral Avanzado (EIC)	<input type="checkbox"/> Posición financiada por WIOA, Título IV, o Título V		<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Ingreso por Contrato	Empleo por Contrato:	Fecha de comienzo:	Fecha de terminación:

7. Provea verificación de todos los pagos recibidos durante estas fechas aquí: _____

De **no haber fechas**, provea información de los últimos 45 días. (De este ser un empleado nuevo, provea todos los pagos recibidos hasta la fecha).

Fechas de Terminación del Periodo de Pago	Fecha de Pago	Número de Horas Trabajadas	Total, del Salario Bruto (incluyendo horas extras)	Horas Extras	Cantidad de EIC	Impuestos SI NO (Incluya la cantidad si es sí)	Otras Deducciones

8. ¿Cómo recibe el empleado su pago? Depósito Directo Cheque Otro _____
Fecha del próximo pago: _____

9. Numero de EIN del Empleador (si disponible): _____

Compañía/Nombre del Empleador (Por favor, escriba en letra de molde) _____ Persona completando la forma _____ Título _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Numero de Teléfono del Empleador _____

Firma _____ Fecha _____ Correo Electrónico del Empleador _____