

**Solicitud de verificación de empleo**

Para: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fax/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

La siguiente persona es un solicitante o receptor de asistencia pública. Su firma a continuación autoriza la divulgación de la información salarial solicitada en este formulario y la divulgación de cualquier información relacionada con su empleo o terminación de empleo. Su firma por la presente exime a dicha empresa (empleador) de cualquier responsabilidad por cualquier daño resultante de la divulgación de esta información. Agradeceríamos su ayuda para proporcionar la información marcada a continuación.

_____ Nombre del empleado	_____ Firma del empleado	_____ Fecha
_____ SSN del empleado	_____ Firma del trabajador de MDHS	_____ Fecha

**Empleado actual**

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Tipo de empleo \_\_\_\_\_

Salario por hora \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_ Horas extra programadas \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se le paga?  Diaria  Semanal  Semimensual  Quincenal  Mensual

Día de la semana en que se le paga:  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo

Para el primer período de pago, proporcione: Fecha de finalización de la nómina \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió el primer cheque \_\_\_\_\_

Enumere cualquier propina, comisión, bonificación, pago de vacaciones o cualquier otro pago por encima del salario regular pagado al empleado \_\_\_\_\_

¿El empleado participa en un plan de ahorro de la empresa?  Sí  No

¿Se esperan cambios en los próximos meses?  Sí  No En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

**Exemplado**

Fecha de finalización del empleo/inicio de la licencia \_\_\_\_\_ Fecha del último cheque \_\_\_\_\_ Importe bruto del cheque \_\_\_\_\_

Motivo de finalización del empleo o licencia: \_\_\_\_\_

**Información salarial**

En el siguiente cuadro, proporcione la siguiente información salarial para los ingresos recibidos de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Fecha de pago Finalización del período	Fecha en que el empleado recibió el cheque	Horas trabajadas	Sueldo bruto	Otros pagos (propinas, EITC, etc.)	Tipo de Otros pagos

Los empleadores que contratan a un beneficiario de asistencia pública pueden reclamar ciertos créditos federales. Comuníquese con la Oficina de Seguridad del Departamento de Empleo de Mississippi o con el asesor fiscal para obtener información adicional.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que completa el formulario

\_\_\_\_\_  
Nombre de la empresa (complete o use el sello comercial)

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Dirección

**Solicitud de verificación de empleo**

---

Fecha

---

Ciudad Estado Código postal

---

Teléfono

---

Fax