

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 _____

Exempleado

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

Teléfono

Ciudad Estado Código postal

Fax