

Verificación de Ingresos

Este formulario debe usarse **solo cuando no hay comprobantes de ingresos disponibles**. Si el empleado tiene talones de cheque, debe proporcionar copias de estos. **Solo el empleador** debe firmar este formulario.

Sección 1: Información Sobre el Empleado

Nombre del Empleado:

Domicilio del Empleado:

Sección 2: Datos de Contacto del Empleador

Nombre del Negocio:

Dirección del Negocio:

Teléfono del Negocio:

Nombre de la Persona de Contacto:

Teléfono de la Persona de Contacto:

Sección 3: Ingresos del Empleado

Tipo de trabajo realizado por el empleado:

Primer Día de Trabajo:

Último Día de Trabajo (si corresponde):

Promedio de horas de trabajo por semana:

Método de pago (*marque una casilla*):

En Efectivo Cheque personal Cheque de nómina Otro (especifique):

Frecuencia del pago (*marque una casilla*):

Semanal Cada dos semanas Quincenal Mensual A diario

Otra (especifique):

Ingresos brutos: \$ _____ por cada periodo de pago

Monto aproximado de propinas o comisiones: \$ _____ semanales

Sección 4: Cobertura médica del empleado

¿El empleador ofrece cobertura médica? Sí No

En caso afirmativo, ¿está o estuvo inscrito este empleado en un plan de cobertura médica?

Sí No

Sección 5: Información Adicional

¿Habrá algún cambio en el empleo de esta persona en los próximos meses?

Sección 6: Certificación (firma y fecha requeridas)

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi entendimiento.

X.

Fecha:

Firma del **Empleador** (*por favor escriba y firme*)