



Verificación de empleo Employment Verification

OFICINA LOCAL ACCESSHEALTH	
NÚMERO TELÉFONICO 281-342-4530	NÚMERO DE FAX/DEL
NÚMERO DE PACIENTE	FECHA

Use tinta azul o negra y escriba en letra de imprenta o a máquina.

Sección 1: A ser completado por el cliente/empleador.						
Autorizo a mi empleador a divulgar información al Departamento de Servicios Sociales y de Salud.						
FIRMA DEL EMPLEADO X	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	FECHA				
Sección 2: A ser completado por el empleador.						
NOMBRE DEL EMPLEADO	NOMBRE DEL EMPLEADOR					
PUESTO DEL EMPLEADO	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					
¿Es éste un empleo nuevo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	FECHA EN LA QUE EL EMPLEADO EMPEZÓ A TRABAJAR	FECHA EN LA QUE SE RECIBIÓ EL PRIMER CHEQUE				
PROMEDIO DE HORAS SEMANALES	RAZÓN DE PAGO O SALARIO (POR HORA, POR DÍA O A DESTAJO)	¿Ha finalizado el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, cuándo: porqué:				
Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual						
¿Es el empleo un trabajo estudiantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, VERIFIQUE EL MONTO TOTAL DE LA AYUDA FINANCIERA	¿CUÁNDO FINALIZARÁ SU PUESTO?				
Ingresos brutos reales (o adjunte impresión de su nómina) para los últimos tres meses:						
MES: \$	MES: \$	MES: \$				
Ingreso bruto real para el mes actual y los ingresos brutos anticipados para los próximos dos meses:						
MES CORRIENTE: \$	MES: \$	MES: \$				
Propinas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____				
Comisiones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____				
Bonificaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____				
Sobretiempo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia y cuánto?	_____				
Programa de trabajo (incluir los tiempos exactos cuando se pueda):						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
¿Hay seguro de salud disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si la respuesta es afirmativa, ¿está el empleado inscrito en un plan de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Cuándo comienza la cobertura?						
¿Cuál es la porción de primas del empleado?						
FIRMA DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE X					FECHA X	
NOMBRE Y TÍTULO DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE X					NÚMERO DE TELÉFONO X	