

Carta de Verificación de Salario

TOMAGWA
Healthcare Ministries



Para el empleado:

Nombre: _____ Numero del Seguro Social: _____

Dirección del Empleado: _____ Apt. _____

Calle

Telefono: _____

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

Por medio de esta carta autorizo el Empleador (Patron) mencionado abajo, puede confirmar la información concerniente a mi salario y a mi estatus de empleo requerido por la Clínica San José.

Firma del Empleado

Fecha

Parte abajo debe ser llenada por el patrón:

A quien corresponda:

Su empleado (o miembro de su familia) mencionado arriba, ha aplicado para recibir servicios en la Clínica de Tomagwa HealthCare Ministries. Para determinar su elegibilidad para estos servicios, necesitamos verificar los ingresos de dicha persona antes de que los impuestos hayan sido deducidos; tambien necesitamos verificar el estatus de su empleo. Con el permiso por escrito de su empleado, favor de proveer a la clínica la siguiente información:

Nombre de la Compañia: _____

Nombre del empleador/patron: _____

Dirección del empleador: _____

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

Telefono: _____

Ocupación del empleado: _____ Fecha del inicio de empleo: _____

Salario bruto (antes de impuestos): \$ _____
___ Annual ___ Monthly ___ Bi-Weekly ___ Weekly
(Indica uno)

Salario por hora: \$ _____ Numero de horas que trabaja semanalmente: _____

Seguro Medico: (Marque un circulo): Para el empleado: Si No Para su familia: Si No

Si el empleado ya no trabaja para la compañía o esta temporalmente ausente, favor de indicar el ultimo día de trabajo: _____

(Fecha)

Nombre de la persona que esta proveyendo esta información: (Escriba el nombre con letra de molde.)

Firma

Título

Fecha

POR FAVOR, PONGA UNA TARJETITA DE PRESENTACION DE LA EMPRESA AQUI.