

Cuidado infantil

Beca

Transporte

Otros



Verificación de empleo/ingresos

Fecha: _____

A QUIEN PUEDA INTERESAR: Esta es la autorización para divulgar la información sobre el empleo de _____.

Sírvase proporcionar el ingreso bruto para el período de _____ a _____.

Agradecemos su cooperación y pronta devolución de la presente información.

Muchas gracias,

Firma del empleado

Número de Seguro Social del empleado

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

Nombre del empleador: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de inicio del empleo: _____ Fecha de terminación: _____
(Personal de WFS que ingresa el nombre del cliente)

Salario bruto desde _____ hasta _____ \$ _____

Número habitual de horas semanales _____

Firma del empleador

Cargo

Fecha

SÍRVASE DEVOLVER A: Workforce Solutions: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Atn.: _____

Correo electrónico: _____