VERIFICACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS

CONDADO DE

Fecha del aviso : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador : _____
Número del trabajador : _____
Número de teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(Destinatario)

EN REFERENCIA A: _____
(Nombre del empleado)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____

Estimado empleador:

Se nos ha hecho saber que la persona mencionada anteriormente fue/es empleada de usted y/o su empresa. Deseamos verificar los ingresos brutos de esta persona para cada período de pago desde el _____ (Fecha) hasta el _____ (Fecha) para poder determinar su elegibilidad para nuestro(s) programa(s). Estamos solicitando que usted nos proporcione una lista por separado de cada cheque que recibió este empleado.

Por favor, envíe a nuestra oficina la siguiente información indicada:

☐ Copias del formulario W-4 y una identificación con foto, si el empleado se la ha proporcionado.
☐ Registros de la nómina – copias u originales.

Puede ser necesario citarlo a usted o al custodio de sus registros de negocios para que aparezca ante una corte o una audiencia administrativa (Código de Evidencias [Evidence Code] 1562). Conforme a la sección 20-006.543 del Manual de Prácticas y Procedimientos (Manual of Policies & Procedures) del CDSS:

☐ Adjunta a esta solicitud se encuentra una autorización firmada.
☐ No se requiere una autorización firmada, ya que se le ha informado a la persona mencionada anteriormente de la información y del derecho del condado a obtenerla del empleador.

Por favor, envíe la información lo más pronto posible. Adjunto hay un sobre de devolución para su conveniencia. **Su cooperación en este asunto es de suma importancia y muy apreciada.**