



Verificación de empleo Employment Verification

DIRECCIÓN POSTAL DEL DSHS DSHS, PO BOX 11699, TACOMA WA 98411-9905	
NÚMERO TELÉFONICO DEL DSHS	NÚMERO DE FAX DEL DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE CASO/CLIENTE	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	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		FECHA
NOMBRE Y TÍTULO DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE		NÚMERO DE TELÉFONO