

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SALARIO

PARA EL EMPLEADOR

Su empleado o algún miembro de su familia ha solicitado asistencia de Harris Health System. Necesitamos verificar sus ingresos brutos y estado de empleo para procesar la solicitud.

Con la autorización por escrito de su empleado a continuación, por favor complete los puntos en el reverso de este formulario tan pronto como pueda. La información precisa que otorgue afectará el estado de elegibilidad y beneficios de su empleado o sus familiares.

Luego de completarla, por favor entréguesela a su empleado.

Gracias.

Asesor de Elegibilidad
Servicios de Elegibilidad del Paciente

PARA EL SOLICITANTE: Consentimiento del Empleado

“Autorizo a mi empleador a otorgar la información solicitada en relación con mis ingresos y estado de empleo a Harris Health System”.

Firma del Solicitante/Empleado

Harris Health System
VERIFICACIÓN DE SALARIO

Para uso exclusivo del empleador

El presente es un documento Oficial del Gobierno. La información incompleta o falsa en este formulario podrá originar una acción penal de acuerdo con los Artículos 31.04 y 37.10, u otras secciones del Código Penal de Texas.

Fecha: _____ Nombre del empleado: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Por favor provea el número social de su empleado(a): _____ Ocupación del empleado: _____

1. ¿La persona mencionada anteriormente es su empleado(a)? Sí No
2. Salario por hora: \$ _____
3. ¿Con qué frecuencia le paga? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
4. ¿El empleado recibe comisión o propinas? Sí No
5. ¿El empleado recibe pago por horas extras? Sí No
6. ¿El empleado tiene participación en las ganancias, adquisición accionaria, o pension? Sí No

Si es así, ¿cuál es el valor actual? \$ _____

7. ¿El empleado posee cobertura médica? Sí No
- ¿Cobertura de dependiente? Sí No

Nombre de la compañía: _____ N.º de grupo: _____

Dirección: _____

N.º de certificado: _____ HMO Sí No

En el cuadro a continuación, enumere el sueldo bruto del empleado durante los últimos 30 días.

Para empleados nuevos					
Fecha de contratación:	Fecha de pago Final del período	Fecha en que el empleado recibió el cheque de pago	Horas trabajadas	Pago bruto	Otro pago (p. ej.:propinas, comisiones,)
Fecha de recibo de el primer cheque:					
Promedio de horas semanales:					

Para empleados despedidos	
Fecha de despido:	
¿Se encuentran disponibles los beneficios que establece la Ley COBRA?	
Fecha de recibo de el último cheque:	
Cantidad bruta \$	

Comentarios (¿se realizarán cambios en los próximos meses?): _____

Nombre de la empresa o compañía: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Firma de la persona que provee la información: _____ Titulo: _____

Fecha: _____ No. de teléfono: _____