Formulario de verificación de ingresos

Sección I. Divulgación de información (para que complete el empleado)

Nombre del empleado_____ SSN o ITIN_____

Autorizo la divulgación de la siguiente información a NC MedAssist. Entiendo que es posible que se les pida más información a mi empleador o a mis clientes.

_____ _____

Firma del empleado Fecha

- **Para que complete el empleador**- -

Sección II. Información del empleador

Nombre del empleador _____ Cargo_____

Nombre de la empresa_____ Teléfono_____

Dirección de la empresa_____

Sección III. Ingresos por empleo

Monto del pago: $_____/hr $_____/semana $_____/mes Otro:_____

Período de pago *(marque uno con un círculo)*: Una vez por semana Una vez cada dos semanas Una vez por mes Un vez cada dos meses Otro

En la siguiente tabla, escriba sus ingresos más recientes y consecutivos del último mes.

Fecha de pago	Fecha de inicio del período de pago	Fecha de finalización del período de pago	Ganancias brutas

Sección IV. Verificación del empleador

La información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del empleador Fecha

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -