

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
División de Servicios para la Familia y los Niños

Formulario de Verificación de Empleo

Núm. de caso:

Fecha:

ID del cliente jefe de hogar:

Nombre del empleado:

Núm. de Seguro Social: XXX-XX-

Autorización para divulgar información

Yo, _____ por el presente autorizo a mi empleador a proporcionar información completa sobre
mi salario al _____ del Condado _____.

Firma o

marca Fecha

Si firma con una "X", la persona que atestiguó la marca debe firmar abajo.

Firma del testigo

Debe ser llenado por el empleador

Información del empleado

(a) **Dirección** del empleado según sus registros:

(b) Fecha del inicio del empleo: _____ Cargo del empleado: _____

(c) Fecha del primer pago _____ Importe bruto del primer pago \$ _____

(d) Tasa de pago: \$ _____

(e) Número de horas semanales que trabaja este empleado: _____

(f) Al se le paga semanalmente: _____ cada dos semanas: _____ quincenalmente: _____ mensualmente: _____ diariamente: _____

(g) El empleado recibe un \$ _____ salario semanal: _____ dos semanas: _____ quincenal: _____ mensual: _____

(h) Día de la semana que cobra el empleado: Lun. _____ Mar. _____ Mié. _____ Jue. _____ Vie. _____ Sáb. _____ Dom. _____

(i) Si el empleado es despedido, **motivo** del despido/separación : _____

(j) El empleado va a otro trabajo: Sí _____ No _____ si es así ¿dónde? _____

Por favor llene lo siguiente con respecto a las últimas
este empleado **recibió** los cheques.

semanas/meses. Muestre la fecha en que

Fecha final de periodo de pago	Fecha de recepción	Núm. de horas trabajadas	*Ingresos brutos	Ingresos netos	Propinas (si corresponde)

*NO incluya pagos anticipados del EITC en las ganancias
brutas

Comentarios del empleador

(La persona que llena este formulario debe firmar, incluir fecha y proporcionar su número de teléfono en la parte inferior de este formulario)

(a) ¿Espera algún cambio en el pago? Yes No

Si es así, ¿qué cambio espera?

¿Cuándo espera que ocurra este cambio?

(b) Si la persona ya no está empleada, proporcione la **fecha** del despido/separación:

(c) Fecha en que este empleado trabajó por última vez:

(d) La última fecha que a este empleado se le pagó o recibirá pago:

(e) Importe bruto del último cheque que se pagó a este empleado (por favor incluya vacaciones, indemnización o pago especial, si corresponde):

Nombre del empleador

Firma y cargo

Teléfono

Fecha

El formulario lleno puede ser enviado por fax a