

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN SALARIAL

PARA EL EMPLEADOR

Su empleado o un miembro de su familia aplicaron asistencia en Harris Health. Necesitamos verificar los ingresos brutos y la situación laboral de su empleado para procesar la solicitud.

Con la autorización por escrito de su empleado, que aparece a abajo, complete el reverso de este formulario lo antes posible. La precisión en la información que usted nos dé afectará el estatus de elegibilidad y los beneficios del empleado o de sus familiares.

Una vez completado, entréguele este formulario a su empleado.

Gracias,

El Servicio de Elegibilidad de Pacientes

PARA EL SOLICITANTE: Consentimiento del empleado

“Autorizo a mi empleador a darle a Harris Health información sobre mis ingresos y situación laboral”.

Firma del solicitante/empleado

Harris Health
VERIFICACIÓN SALARIAL

Para uso exclusivo del empleador

Este es un expediente oficial del Gobierno. Incluir información falsa o incompleta en este formulario puede resultar en cargos penales de conformidad con lo establecido en la sección 37.10, u otras, del Código Penal de Texas.

Fecha: _____ Nombre del empleado: _____

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

Nro. de seguro social del empleado: _____ Ocupación del empleado: _____

1. ¿La persona mencionada anteriormente trabaja para usted? Sí No
2. Salario por hora: \$ _____
3. Frecuencia de pago: Semanal Quincenal Dos veces al mes Mensual
4. ¿Se le pagan comisión o propinas? Sí No
5. ¿Se le pagan horas extras? Sí No
6. ¿El empleado tiene un plan de participación en las ganancias, compra de acciones o de pensión? Sí No
Si responde "sí", ¿cuál es el valor actual? \$ _____
7. ¿El empleado tiene seguro de salud? Yes No
¿Tiene dependientes en su seguro? Sí No

Nombre de la aseguradora: _____ Nro. de grupo: _____

Dirección postal: _____

Nro. de certificado: _____ HMO Sí No

Enumere en el siguiente cuadro los salarios brutos del empleado en los últimos 30 días.

Para nuevos empleados					
Fecha de contratación:	Fecha en que termina el período de pago	Fecha en que el empleado recibió el cheque	Horas reales	Salario bruto	Otros pagos (p. ej., propinas, comisiones)
Fecha de recepción del primer pago:					
Promedio de horas semanales:					

Para empleados despedidos
Fecha de despido:
¿Están disponibles los beneficios del seguro Cobra?:
Fecha de recepción del pago final:
Monto bruto: \$

Comentarios (¿Habrà algún cambio en los próximos meses?): _____

Nombre de la empresa o empleador: _____

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

Firma de la persona que da la información: _____ Cargo: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____