

## 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: \_\_\_\_\_