

GIẤY XÁC NHẬN LƯƠNG BỔNG (WAGE VERIFICATION FORM)

CHỦ NHÂN/HÃNG/CÔNG TY

Nhân viên của quý vị hoặc thành viên trong gia đình của họ đã nộp đơn xin trợ giúp y tế tại Harris Health System. Chúng tôi cần xác minh lương bổng và tình trạng làm việc của nhân viên này để tiến hành thủ tục xét duyệt đơn.

Với lời cam kết của nhân viên dưới đây, xin vui lòng điền đầy đủ các mục ở trang sau của giấy này càng sớm càng tốt. Tin tức chính xác về lương bổng của quý vị sẽ ảnh hưởng đến tiêu chuẩn và quyền lợi xin trợ giúp y tế của nhân viên và/hoặc (các) thành viên trong gia đình của họ.

Sau khi điền đầy đủ, vui lòng giao giấy này cho nhân viên của quý vị.

Xin cảm ơn,

Eligibility Counselor (Nhân Viên Xét Duyệt Đơn)
Patient Eligibility Services (Văn phòng Xét Duyệt Đơn)

ĐƯƠNG ĐƠN: Lời Cam Kết Của Nhân Viên

"Tôi chấp thuận cho Chủ Nhân/Hãng/Công Ty cung cấp tin tức về lương bổng và tình trạng làm việc của tôi cho Harris Health System"

Chữ Ký Của Đương Đơn / Nhân Viên

Harris Health System
WAGE VERIFICATION
GIẤY XÁC NHẬN LƯƠNG BỔNG

PHẦN XÁC NHẬN CỦA CHỦ NHÂN/HÃNG/CÔNG TY

Đây là Tài Liệu Chính Thức của Chính phủ. Điền tin tức sai lạc hoặc thiếu sót trên giấy này có thể bị truy tố về mặt hình sự dựa theo các điều khoản 31.04 và 37.10, hoặc các điều khoản khác trong Bộ Hình Luật của tiểu bang Texas.

Ngày: _____ Tên Của Nhân Viên: _____

Địa Chỉ Của Nhân Viên: _____ Thành Phố: _____ Zip Code : _____

Vui lòng cung cấp Số ASXH Của Nhân Viên: _____ Nghề Nghiệp Của Nhân Viên: _____

1. Người có tên trên đây có phải là nhân viên của quý vị không? Có Không
2. Tiền Lương Trả Theo Giờ: \$ _____
3. Bao lâu được trả lương 1 lần? Hàng Tuần Mỗi Hai Tuần Hai Lần Mỗi Tháng Hàng Tháng
4. Nhân viên có được trả tiền commission hay tiền tips không? Có Không
5. Nhân viên có được trả tiền làm giờ phụ trội không? Có Không
6. Nhân viên có tham gia chương trình chia lời, mua cổ phần, hoặc hưu bổng không? Có Không
Nếu có, giá trị hiện thời là bao nhiêu? \$ _____
7. Nhân viên có bảo hiểm y tế không? Có Không
Thành viên trong gia đình có bảo hiểm y tế không? Có Không
Tên Công Ty Bảo Hiểm: _____ Group# _____
Địa Chỉ Gửi Thư: _____
Số Thẻ Bảo Hiểm: _____ HMO _____ Có Không

Liệt kê lương bổng trước khi trừ chi phí của nhân viên trong 30 ngày qua vào bảng dưới đây:

Nhân Viên Mới
Ngày Tuyển Dụng:
Ngày Lãnh Lương Đầu Tiên:
Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần:

Nhân viên đã nghỉ việc
Ngày Nghỉ Việc:
Có bảo hiểm y tế của Cobra không?
Ngày Lãnh Lương Cuối Cùng:
Tổng Số Tiền: \$

Ngày khóa sổ kỳ lương	Ngày nhân viên lãnh lương	Tổng số giờ làm việc	Tổng số tiền lương	Những khoản tiền khác (tiền tips, commissions)

Chú thích: (Có gì thay đổi trong vài tháng sắp tới không?) _____

TÊN CHỦ NHÂN/HÃNG/CÔNG TY: _____

Địa Chỉ (Đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Zip Code): _____

Chữ ký của người điền giấy Xác Nhận: _____ Chức vụ: _____

Ngày: _____ Số Điện Thoại: _____