HARRISHEALTH

MẪU XÁC NHẬN TIỀN LƯƠNG

DÀNH CHO CHỦ LAO ĐỘNG

Nhân viên hoặc thành viên gia đình của nhân viên đó đã nộp đơn xin trợ giúp tại Harris Health. Chúng tôi cần xác nhận tổng thu nhập và tình trạng việc làm của nhân viên đó để xử lý đơn xin trợ giúp.

Với sự cho phép bằng văn bản của nhân viên bên dưới, vui lòng điền các mục ở mặt sau của mẫu này trong thời gian sớm nhất có thể. Thông tin chính xác của quý vị sẽ ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện và quyền lợi của nhân viên và/hoặc (các) thành viên gia đình.

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

Dịch vụ Điều kiện Hội đủ của Bệnh nhân

DÀNH CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN: Sự Chấp thuận của Nhân viên

"Tôi chấp thuận cho chủ lao động cung cấp thông tin được yêu cầu liên quan đến thu nhập và tình trạng việc làm của tôi cho Harris Health."

_____

Chữ ký của Người nộp đơn/Nhân viên

Printed versions of this document are uncontrolled. Please go to the Harris Health Document Control Center to retrieve an official controlled version of the document. http://pps.hchd.local/sites/dcc

Harris Health

XÁC NHẬN TIỀN LƯƠNG

Chỉ dành cho Chủ lao động Sử dụng

Đây là Hồ Sơ Chính thức của Chính quyền. Thông tin sai lệch hoặc thiếu sót trên mẫu này có thể bị truy tố về mặt hình sự dựa theo Mục 37.10 hoặc các điều khoản khác trong Bộ luật Hình sự Texas.

Ngày:_____Tên Nhân viên: _____

Địa chỉ Nhân viên:_____Thành phố:_____Mã Zip: _____

Vui lòng cung cấp số An sinh Xã hội của Nhân viên:_____Nghề nghiệp của Nhân viên: _____

1. Người có tên ở bên trên có phải là nhân viên của quý vị không? ☐ Có ☐ Không
2. Tiền lương theo Giờ: $ _____
3. Bao lâu được trả lương một lần? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi Hai tuần ☐ Hai lần Mỗi tháng ☐ Hàng tháng
4. Nhân viên có được trả tiền hoa hồng hay tiền tip không? ☐ Có ☐ Không
5. Nhân viên có được trả lương làm thêm giờ 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

   Bảo hiểm người phụ thuộc? ☐ Có ☐Không

   Tên Công ty Bảo hiểm:_____Số Nhóm: _____

   Địa chỉ Nhận thư: _____

   Số Chứng nhận:_____HMO_____☐ Có ☐ Không

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

Dành cho Nhân viên Mới
Ngày Tuyển dụng:
Ngày Lãnh Lương Đầu tiên:
Số giờ Làm việc Trung bình Mỗi tuần:

Ngày Khóa sổ Kỳ lương	Ngày Nhân viên Nhận được Tiền lương	Số giờ Thực tế	Tiền lương Trước Thuế	Những khoản tiền khác (tiền tip, tiền hoa hồng)

Dành cho Nhân viên Đã nghỉ việc
Ngày Nghỉ việc:
Quý vị có được hưởng quyền lợi bảo hiểm Cobra không?
Ngày Lãnh Lương Cuối cùng:
Tổng Số tiền $

Nhận xét (Liệu có gì sẽ thay đổi trong vài tháng sắp tới không?): _____

_____

Tên Công ty hoặc Chủ lao động: _____

Địa chỉ (Đường phố, Thành phố, Tiểu bang và Mã Zip): _____

Chữ ký của Người Cung cấp Thông tin:_____Tiêu đề: _____

Ngày:_____Số điện thoại: _____

Printed versions of this document are uncontrolled. Please go to the Harris Health Document Control Center to retrieve an official controlled version of the document. http://pps.hchd.local/sites/dcc