

Declaración de ingresos del empleador

N.º de caso:
 Fecha de envío
 Fecha límite

Nombre del empleado:
 Nombre de la empresa:

SSN (Número de seguro social):

El formulario continúa en la página siguiente

Permiso del empleado: autorizo a mi empleador a compartir la información sobre mi empleo. No emprenderé acciones legales en su contra por compartir esta información. Este permiso terminará el último día del duodécimo mes posterior al mes de mi firma abajo.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR
EMPLEADOR - Complete las secciones a continuación para verificar la

NUEVO EMPLEO

Fecha de inicio del empleo _____ / _____ / _____ Fecha de recepción del primer pago _____ / _____ / _____

Indique su estimación más exacta posible de los pagos permanentes por recibir				
Tipo de pago	Previstas horas/semana		Tarifa De pago/hora	
Regular				
Horas extraordinarias				
Diferencial por fin de semana/turno				
Frecuencia de pago (encierre en un círculo)	Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
Propinas, si se reciben	\$	por semana		
Salario, si no se paga por hora	\$	por		

Incentivo/bonificación/comisión

Bonificación ¿Esta bonificación se paga una vez o de manera periódica? (encierre en un círculo)	\$	por mes/trimestral/anual (encierre en un círculo una opción) ¿En qué mes se recibe la bonificación? _____ En caso de que se reciba de manera periódica, ¿prevé que esta bonificación se reciba regularmente en el futuro? Sí o No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
Comisión	\$	por ¿Los ingresos por comisiones se entregan de manera periódica? Sí o No En caso de que se entreguen de manera periódica, ¿espera que las comisiones se reciban regularmente en el futuro? Sí o No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
Otro	\$	por

Pago real y estimación más exacta posible del pago

Fecha de finalización del periodo de pago (XX/XX/XXXX)	Fecha de recepción del pago (XX/XX/XXXX)	Horas trabajadas	Sueldo bruto (antes de las deducciones)	¿Es este pago un buen indicio de las ganancias futuras?
				Sí o No
				Sí o No
				Sí o No
				Sí o No
				Sí o No
				Sí o No
				Sí o No
				Sí o No

Si respondió No a que el pago no es un buen indicador de las ganancias futuras, explique por qué no lo es:

¿Se incluyen las propinas en el salario bruto? Sí o No o N/C
 ¿la empresa ofrece seguro médico? (encierre un círculo) Sí o No

Declaración de ingresos del empleador

N.º de caso:

Fecha de envío

Fecha límite

TÉRMINO DE EMPLEO

Última fecha de empleo _____ / _____ / _____ Fecha de recibo del último cheque _____ / _____ / _____

Sueldo bruto en último cheque de pago \$ _____

¿El último cheque incluye el pago correspondiente a tiempo libre pagado o vacaciones? Sí o No

En caso afirmativo, indique la cantidad recibida de tiempo libre pagado o vacaciones en el último cheque \$ _____

Encierre en un círculo la razón por la que terminó el empleo: Renuncia Despido Otra _____

¿Trabajaba el empleado 30 horas a la semana o más? Sí o No

LICENCIA

Por favor, provea la información sobre la licencia:

Fecha de inicio de la licencia _____ / _____ / _____

Encierre en un círculo el estatus de la licencia: Licencia pagada o Licencia sin goce de sueldo

Si se trata de una licencia sin goce de sueldo, ¿cuándo recibió el último cheque de pago el empleado? _____ / _____ / _____

¿Cuál fue el monto bruto de ese cheque? \$ _____

Si se trata de una licencia pagada, ¿de qué tipo fue? (p. ej., compensación laboral, discapacidad a corto plazo, etc.) _____

Fecha prevista de retorno al trabajo _____ / _____ / _____

Horario de trabajo/días normales programados por semana (CCA)

¿Varía el horario? (encierre en un círculo) Sí No Otro (explique) _____

Si el horario es variable: número normal de días programados para trabajar por semana (estimación más exacta posible) _____

Número promedio de horas trabajadas por turno (estimación más exacta posible) _____

Hora de inicio más temprano posible del turno _____ Última hora posible de finalización del turno _____

Si es un horario fijo: horario normal de trabajo (por ejemplo, de 8 a. m. a 5 p. m., indique si el horario es A. M. o P. M.):

_____ Dom _____ Lun _____ Mar _____ Mié _____ Jue _____ Vie _____ Sáb

Deducciones antes de impuestos

Indique el monto de las deducciones **antes de impuestos** que se deducen del salario bruto por concepto de:

Primas del seguro de salud \$ _____ por _____ (semana/cada dos semanas/bimensual/mensual)

Primas del seguro dental \$ _____ por _____ (semana/cada dos semanas/bimensual/mensual)

Plan de jubilación \$ _____ por _____ (semana/cada dos semanas/bimensual/mensual)

Cuenta de ahorros para la salud _____ por _____ (semana/cada dos semanas/bimensual/mensual)

Cuenta de gastos flexibles \$ _____ por _____ (semana/cada dos semanas/bimensual/mensual)

Otro _____ por _____ (semana/cada dos semanas/bimensual/mensual)

Información del empleador

Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta)	Número de fax	Teléfono
--	---------------	----------

Firma de la persona que completa el formulario	Fecha
--	-------

Comentarios:

¿Tiene alguna pregunta? Póngase en contacto con:

Nombre de trabajador/a social	Número de trabajador/a	Número de teléfono	Número de fax	Número gratuito
Dirección postal				Dirección de correo electrónico