



FORMA DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

PARA SER LLENADO POR SU EMPLEADOR

Nombre y dirección del empleador

Fecha: _____

Nombre del empleado: _____ Título de trabajo: _____

Salario Actual: \$ _____ (marque una)

Por hora Semanal quincenal semi mensual mensual anual otro _____

Numero de promedio de horas por semana: _____

Pago de tiempo extra: \$ _____ por hora Cantidad de horas extras por semana: _____

Comisiones, bonos, propinas, otro: \$ _____ (marque una)

Por hora semanal quincenal semi mensual mensual anual otro _____

Enliste cualquier cambio previsto en el pago del empleado dentro de los próximos 12 meses:

Si el trabajo del empleado es temporal o esporádico por favor indique el periodo de descanso(s):

Firma del empleador

Nombre impreso del empleador

Fecha

Número de teléfono del empleador

Nota: Sección 1001 del Título 18 del Código de Los Estados Unidos lo hace un delito criminal hacer declaraciones falsas intencionales o distorsión a cualquier agencia departamental de los Estados Unidos en cuanto a cualquier asunto de jurisdicción.

Revised 01/2021