

## DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Últimos 4 Números del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

**¡DETÉNGASE AQUÍ! EL RESTO DE ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR SU EMPLEADOR O DESIGNEE\*\*\***

**HealthWorks solicita verificación de ingresos para verificar la elegibilidad para nuestro programa de descuento.**

- |   |
|---|
| 1. Fecha de contratación: _____ Fecha inicia: _____ Fecha que recibió el primer cheque: _____   |
| 2. Cada cuanto se le paga: _____  |
| 3. ¿Los ingresos del empleado son fluctuantes (varían) _____ Si sí, es posible que necesitaremos información adicional.   |
| 4. Salario/Propinas (antes de impuestos) \$ _____<br><input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas<br><input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual |
| 5. ¿Cuál es el número medio de horas trabajadas por semana? _____ ¿Tarifa por hora? _____   |

**Si su empleo ha tenido cambios en salario, horas, u otro, por favor completa lo siguiente:**

**\*\*\*CAMBIOS DEL EMPLEO\*\*\***

- |   |
|---|
| 1. Nuevo pago diario/semanal/mensual?: \$ _____ Fecha efectiva del cambio: _____  |
| 2. ¿Empleo Terminado? Fecha de finalización del empleo: _____<br>Fecha del último cheque recibido: _____ Cantidad Total del último cheque: \$ _____ |

\_\_\_\_\_  
Nombre y Título del Empleador o Empleador Designado

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador Designado

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Direccion de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Fecha