



VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEL EMPLEO

El único propósito de esta información es determinar la elegibilidad para el seguro

(DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR)



Nombre del empleado: _____

Dirección: _____

INDIQUE LAS GANANCIAS BRUTAS PERCIBIDAS EL MES PASADO O DURANTE EL PERÍODO DE CUATRO SEMANAS MÁS RECIENTE

Si no se percibieron ganancias durante este período, incluya la última fecha de empleo

¿Con qué frecuencia se le paga al empleado? Semanalmente____ Semana de por medio____ Dos veces al mes ____
Mensualmente____

Salario por hora _____ N.º de horas trabajadas por semana _____

Antigüedad laboral o fecha de contratación _____ Si ya no está empleado, fecha en que trabajó por última vez _____

Fecha de pago	Período cubierto	N.º de horas del período de pago		Total del ingreso bruto	
		Regulares	Horas extra	Regulares	Horas extra
_____	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Firma _____ Fecha _____

Nombre (en letras de imprenta) _____ Cargo _____

Compañía _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

(DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO)

Escriba el nombre del niño o niños para los que solicita seguro y, si lo sabe, el número de identificación familiar de FAMIS.

N.º de identificación _____

Si el salario que figura más arriba no refleja el pago mensual que recibe normalmente, puede proporcionar la información de pago de los últimos 3 meses para mostrar un promedio más exacto de su salario mensual.

Envíelo por FAX a FAMIS: 1-888-221-9402