



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Esta información se utiliza para nuestro Programa de asistencia financiera de escala móvil

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si usted no puede proporcionar los talones de pago requeridos, debe completar, firmar y proporcionar este Formulario de verificación de ingresos para cada uno de sus empleadores, incluso si se le paga en efectivo e incluso cuando usted no declara estos ingresos en su declaración de impuestos.

Una vez que verifiquemos esta información, se le considerara para el Programa de Asistencia Financiera de Escala.

Doy permiso para que el Centro de salud del área de Rockbridge se comunice con la persona/empresa a continuación para verificar mi empleo.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el Empleador.

Nombre del Negocio: _____ Teléfono: _____

Nombre del Contacto: _____ Dirección: _____

- 1. Fecha de Contratación: ____/____/____
- 2. Salario por Hora \$_____ # de Horas/Semanas ____Propinas: _____Comisión: _____
- 3. ¿Con que frecuencia se le paga al empleado? QUINCENAL _____ MENSUAL _____
SEMANTAL _____

Entiendo que el Centro de salud del área de Rockbridge puede contactarme para verificar esta información. Entiendo que proporcionar información falsa resultara en que el descuento del solicitante sea revocado y el saldo completo sea pagadero inmediatamente.

Completado por (Escribir con letra de imprenta su nombre y titulo): _____

Firma: _____ Fecha: _____