



# VERIFICACIÓN DE INGRESOS

1340 S Damen Avenue 3rd Floor CHICAGO, IL 60608 phone: (312) 823-1100 fax: (312) 823-1200

**Atención clientes: Este formulario debe ser firmado por su empleador antes de enviarlo a nuestra oficina.**

**PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi empleador a divulgar la siguiente información al Illinois Action for Children. Entiendo que este formulario tiene fines de calificación inicial, y que me solicitarán que presente pruebas adicionales de mis ingresos junto con mi próxima Redeterminación. Entiendo que el Illinois Action for Children puede necesitar verificar esta información o ponerse en contacto con el empleador por teléfono.

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

**PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:**

Nombre de la empresa (si corresponde): \_\_\_\_\_

Tipo de empresa o trabajo que realiza: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario de la empresa o del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FEIN o SSN del empleador: \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio** del empleo actual: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas reales (o promedio) que el empleado trabaja **por semana**: \_\_\_\_\_

El empleado recibe su pago (marque una opción):

En efectivo     Con cheque personal     Con cheque de nómina     Otro (especificar): \_\_\_\_\_

El empleado recibe su pago (marque una opción):

Semanalmente     Quincenalmente     Bimensualmente     Mensualmente

Cuánto gana el empleado por hora? \$ \_\_\_\_\_ por período de paga. (Si el monto varía, declare un monto promedio).

El precio bruto de la hora de trabajo del empleado es: \$ \_\_\_\_\_ por hora

El empleado recibe **semanalmente** el siguiente monto en propinas o comisiones \$ \_\_\_\_\_ por semana

**Establezca el horario habitual de trabajo del empleado.**

(Encierre en un círculo "a.m." o "p.m." en cada casilla que corresponda.)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Desde:</b>	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.
	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
<b>Hasta:</b>	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.	a.m.
	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

**Certifico que la información proporcionada anteriormente es cierta y correcta a mi leal saber y entender.**

Firma del propietario de la empresa o del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SSN o FEIN del empleador \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

FOR INTERNAL USE ONLY  
T-