Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
Forma de verificación de empleo

WIC Staff Completes the Following:

LA/Site: _____ **Telephone No.:** _____ **Fax No.:** _____ **FID#:**_____

_____ is a member of a household applying for assistance
(Name of applicant or member of applicant's household)
or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

El empleado llena lo siguiente:

Yo autorizo al empleador nombrado a continuación a divulgar la información en esta forma.

_____ _____
Firma del empleado (Solicitante o miembro del hogar del solicitante) Fecha

El empleador llena lo siguiente:

Nombre de Compañía:_____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____
(Domicilio comercial) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

1. ¿Trabaja actualmente en su compañía la persona mencionada antes? ❑ Sí ❑ No Fecha de contratación: _____
2. Salario por hora (anótelo solo si le paga por hora) $_____/hora
3. ¿Cada cuánto le paga? ❑ a diario ❑ per semana ❑ cada dos semanas ❑ doc veces al mes ❑ cada mes
4. Por lo general, ¿recibe el empleado comisiones, horas extras o propinas? ❑ Sí ❑ No

Sección I. En la tabla a continuación, anote la cantidad de ingresos brutos que ha recibido la persona en los **últimos 30 días**.

Fecha en que terminó el periodo de pago (mes/día/ año)	Horas trabajadas	Pago bruto (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Sección II. En la tabla a continuación, dé una estimación de los ingresos brutos del periodo de pago **si el empleado no ha recibido su primer cheque**.

Fecha en que terminó el periodo de pago (mes/día/ año)	Horas trabajadas	Pago estimado (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Entiendo que si deliberadamente omito o doy información falsa, este solicitante o el miembro del hogar del solicitante podría dejar de participar en WIC, ser enjuiciado penalmente o ambas cosas. La información anterior podría ser verificada por representantes de WIC.

_____ _____ _____
Firma de la persona que llena la sección del empleador en esta forma Título Fecha

Puede enviar un formulario a la oficina de WIC.

TEXAS Health and Human Services | TEXAS WIC

This institution is an equal opportunity provider.
© 2019 All rights reserved. Stock no. WIC-19b Rev. 12/19