

Si usted necesita ayuda en español para entender esta información, favor de visitar a la oficina local o llamar a la Sección de Acceso a Idiomas al 1-877-891-9557.

Name: _____
Address: _____

RETURN TO:
P.O. Box 2104
Frankfort, KY 40602
FAX: (502) 573-2007

VERIFICACIÓN DE EMPLEO Y SALARIO

Empleador _____

Por favor proporcione la siguiente información de sus expedientes para _____
(Nombre del Empleado) (Número de Seguro Social)
(SSN) (Employee Name)

1. Nombre del Empleado y/o Número de Seguro Social (**si es diferente**) _____
2. ¿Está esta persona empleada por usted? ☐ Sí ☐ No
3. Fecha de contratación más reciente _____ Fecha del primer pago _____
4. Pago por hora _____ Pago por cada hora extra _____ Horas anticipadas por semana _____
Día de la semana en que recibe su pago _____ Pago extra por turno _____
5. ¿Se deduce sobre el salario bruto la parte de los impuestos del empleado? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Se ha programado algún cambio al sueldo por hora del empleado? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, el sueldo cambiará a _____
empezando el _____ y será reflejada en el cheque que el empleado recibirá el _____.
7. Si las horas mencionadas arriba han cambiado, escriba las horas normales de trabajo y la fecha de cambio: Hrs. _____ Fecha _____
8. ¿Redució el empleado sus horas de trabajo voluntariamente? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, escriba el motivo _____.
9. ¿Se paga el salario ☐ semanalmente, ☐ quincenalmente, ☐ dos veces al mes, ☐ mensualmente, ☐ otro _____?
10. ¿Se paga el salario a través del Título V, Ley de Estadounidenses de Edad Avanzada ☐ Sí ☐ No WIA ☐ Sí ☐ No O Ambos ☐ Sí ☐ No?
11. Indique los salarios que han sido pagados durante los meses de _____ hasta _____ inclusive.

Fecha de Recibo	Horas	Salario Bruto	*Propinas	Impuestos Retenidos	Fecha de Recibo	Horas	Salario Bruto	*Propinas	Impuestos Retenidos
1.					6.				
2.					7.				
3.					8.				
4.					9.				
5.					10.				

***Indique por separado si no están incluidas en el salario bruto.**

12. ¿Ha solicitado este empleado un reclamo de compensación del trabajador alguna vez? ☐ Sí ☐ No Fecha _____
13. ¿Participa este empleado en un plan de jubilación de la compañía? ☐ Sí ☐ No Tipo de Plan _____ Saldo de Fondos _____
¿Existe una multa por retiro anticipado? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuánto es la multa? _____

Estado de Terminación: ☐ Despido ☐ Abandono ☐ Otro _____ Fecha _____

Motivo _____

Fecha del último cheque recibido o que anticipa recibir ____ Cantidad Bruta ____ Pago de Vacaciones / por Enfermedad: Fecha ____ Cantidad ____

Nombre del Empleador/Negocio _____

Por favor escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía a través de la cual se emite la nómina de pagos, **si es diferente**.

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Advertencia: Cualquier persona que ayuda a otra a obtener ayuda (o beneficios) fraudulentamente está sujeta a penalidades provistas por las leyes estatales y federales, incluyendo multas, encarcelamiento o ambos.

Certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Firma _____ Título _____ Fecha _____

Escriba su Nombre Claramente _____ Teléfono _____

De acuerdo con las leyes federales y las políticas y normativas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus dependencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas de USDA o están a cargo de la administración de programas de este tipo, tienen prohibido discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como llevar a cabo represalias o acciones vengativas en el marco de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA debido a alguna actividad en el pasado relacionada con los derechos civiles.

Las personas con discapacidades que, para acceder a información del programa, necesitan de medios de comunicación alternativos (p. ej. Braille, letra grande, cassette de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.) deben ponerse en contacto con la entidad (ya sea estatal o local) a la que acudieron para solicitar los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Asimismo, es posible que se pueda acceder a información del programa en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa de USDA, (AD-3027), que puede encontrar en la siguiente dirección de Internet, http://www.ascr.usa.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y que contenga toda la información que aparece en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a USDA por las siguientes vías:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo-e: program.intake@usda.gov