Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Por favor firme este formulario y pida a su empleador completar la información. Devuelva o envíe por fax el formulario completo a la dirección o número de fax indicado en la parte de arriba.

Por medio de la presente yo autorizo a este empleador a compartir información con DHHS acerca de mi empleo.

Firma del cliente/empleado: _____ SSN: _____

Fecha: _____

Este formulario debe ser llenado y firmado por el EMPLEADOR

Fecha de inicio del empleo		Fecha del primer cheque de pago	
Pago por hora		Cantidad aproximada de horas que trabaja por semana	
¿Con qué frecuencia se le paga?	Encierre en un círculo una respuesta: Semanalmente / Cada dos semanas / Dos veces al mes / Mensualmente / Otro: _____		
¿Recibe algún otro tipo de pago? (propinas, incentivos, bonos, etc).	Por favor explique: Monto mensual aproximado: ¿Esto está incluido en el cheque de pago?		
¿En los últimos 30 días la cantidad de pago/horas ha cambiado?	Por favor explique:		
¿Qué beneficios están disponibles?	Encierre en un círculo lo que corresponda: Ausencia por enfermedad / Vacaciones / Seguro médico / Otros: _____		

INFORMACIÓN DE INGRESOS – Fecha del:				hasta el:			
(Anote los 4 últimos periodos de pago)							
Fecha en que finaliza el periodo de pago	Fecha en que se recibió	Ingreso bruto	Número de horas de trabajo regular	Número de horas de trabajo extra	¿Monto de las propinas incluido en el ingreso bruto? Sí/ No	¿Pago por tiempo extra incluido en el ingreso bruto? Sí/ No	Otros (especifique)

Completar si es que el empleo ha TERMINADO					
El empleo TERMINÓ debido a:			Encerrar en un círculo uno: Renuncia / Despido / Acuerdo Mutuo / Otro: _____		
			Explicación si es necesario:		
Último día de trabajo		Fecha del último cheque de pago		Ingreso bruto recibido el último MES	
Monto de indemnización por cese o pago único, si es que fue pagado:		Monto		Fecha en que se pagó	

El EMPLEADOR debe firmar a continuación e incluir su información de contacto para que este formulario sea aceptado.	
Firma del empleador / Cargo:	Fecha:
Nombre en letra imprenta:	Número de teléfono: Número de teléfono:

Economic Assistance Toll Free: (800)383-4278 Lincoln: (402)323-3900 Omaha: (402)525-1258	Go online: ACCESSNebraska.ne.gov
---	--