

FORMULARIO DE LA VERIFICACIÓN DEL EMPLEO

Entregue el formulario llenado a Community Health Centers, Inc.

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

NOMBRE LEGAL DE LA COMPAÑÍA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO #: _____

El empleado nombrado arriba o su pariente ha aplicado para el plan de la Escala de Descuentos para servicios médicos y/o dentales en nuestra clínica. Se requiere la siguiente información para la determinación de la elegibilidad de los servicios descontados.

AUTORIZO POR ESTE MEDIO A MI PATRÓN A PROVEER LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO:

Firma del empleado Fecha

1. Título de trabajo: _____
2. El empleado es:
___Tiempo completo ___Tiempo parcial ___Temporáneo
3. Se pagan el empleado: ___Semanalmente___Diariamente___Quincenalmente
___Otro
4. ¿El empleado recibe horas extras? ___Si ___No
Si la respuesta es sí, son éstas recibida: ___Regularmente ___Ocasionalmente
5. ¿El empleado tiene seguro médico del grupo? ___Si ___No
Si esta respuesta es sí, escribe el nombre del seguro: _____
¿El empleado tiene cobertura para sus dependientes? ___Si ___No

HISTORIAL DEL SUELDO RECIBIDO LAS POR ÚLTIMAS 4 SEMANAS:

Fechas del período de la paga	Ganancias Totales (antes de impuestos)	Horas trabajadas por el empleado

Nombre de la persona que llenó el formulario: _____

Título de la persona que llenó el formulario: _____