

Formulario de Verificación de Sueldo

La persona nombrada abajo solicita la ayuda de un programa que requiere verificación de su sueldo para fines de reembolso. Favor de proporcionar la siguiente información para su empleado nombrado abajo. Completar y entregar este formulario de forma puntual nos ayudará a revisar su solicitud a tiempo.

Información sobre el trabajador proporcionada por el trabajador

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Información sobre la empresa

Nombre de la empresa:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

País:

Información sobre el trabajador proporcionada por su empleador

Profesión del trabajador:

¿Esta persona trabaja actualmente por su empresa?: Sí No

¿Qué tipo de compensación recibe este trabajador?

- Salario por hora Actual salario por hora: \$
- Sueldo anual Actual sueldo anual: \$
- Otro Favor de explicar e indicar la cantidad: \$

Esta información se usará para calcular un salario por hora para este trabajador, aunque normalmente reciba un sueldo anual. La cantidad determinada incluirá solamente su salario, no otros beneficios. Un calculador de salario está disponible en <https://www.livingdonorassistance.org/Resources/LostWagesDemo/PayCalculator> para demostrar cómo se convierte un sueldo anual a un salario por hora.

Número de horas normales que trabaja por semana:

Número de horas extras que suele trabajar por semana (si suele trabajar horas extras):

Salario en horas extras, si es diferente al salario normal: \$

¿El trabajador recibe otro tipo de compensación, como propinas? De ser así, favor de describirla:

Sí Descripción:

No

¿El trabajador recibe **días de ausencia pagados** (como licencia médica, vacaciones, o tiempo administrativo)?

Sí No

De ser así, ¿cuánto tiempo de ausencia pagada tiene este trabajador? Días Horas

¿El trabajador debe agotar su tiempo de ausencia pagada antes de tomar una ausencia sin sueldo?

Sí No

¿El trabajador recibe otros beneficios de continuación de salario o sueldo (como discapacidad a corto plazo)?

Sí No

De ser así, ¿cuánto recibe?: \$ al día a la semana al mes

Otros comentarios:

¿El trabajador puede tomar una **ausencia no pagada** (como FMLA u otra ausencia)?

Sí No

Otros comentarios:

Esta información es verdadera y correcta según el registro de la nómina de la empresa.

Firma: _____

Nombre de la persona que completó este formulario:

Apellido de la persona que completó este formulario:

Cargo en su empresa:

Información de contacto (teléfono o email):

Fecha: ____ / ____ / ____