



COLORADO

Department of Human Services

Formulario de verificación de empleo/pérdida de ingresos

Número de caso (1Bxxxxx)

Instrucciones del formulario:

- Por favor, complete todas las secciones de este formulario según corresponda.
- Si lo conoce, incluya su número de caso en ambas páginas cuando devuelva este formulario a su oficina local.
- Si completa este formulario para un empleado actual, omita la sección III - Pérdida de ingresos.

Sección I – Información general sobre el empleo

Nombre del empleado

Nombre del empleador

Número de seguro social del empleado o los últimos 4 dígitos, si los conoce

Fecha de inicio del empleo

Pago por hora
(\$15.00/hora)

Promedio de horas/semana
(20 horas por semana)

Frecuencia de pago
(diario, semanal, quincenal, mensual)

- ¿Es un empleo de temporada? Sí No
 - En caso afirmativo, la temporada comienza: _____ y finaliza: _____

Sección II - Registro de pagos recibidos

Detalles del cheque		Regular		Horas extra		Adicional
Fecha en que se recibió (mm/dd/aaaa)	Ingreso total bruto	Cant. de horas trabajadas	Pago por hora	Cantidad de horas trabajadas	Pago por hora	Propinas
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$
	\$	horas	\$	horas	\$	\$



COLORADO

Department of Human Services

Formulario de verificación de empleo/pérdida de ingresos

Número de caso (1Bxxxxx)

*Si las horas o la remuneración han variado, explíquelo.
Indique en esta sección las bonificaciones o las comisiones y la frecuencia con que se reciben.*

Sección III – Pérdida de ingresos

Fecha de finalización del empleo

Motivo del cese

Cheque final: Fecha en que se recibió

Cheque final: Importe total bruto

- La pérdida de ingresos es: Permanente o Temporal
 - Si es temporal, ¿cuándo prevé que el empleado se reincorpore al trabajo?

Sección IV – Información del representante del empleador

<i>Lo que he escrito en este formulario es cierto a mi leal saber y entender.</i>	
<i>Representante del empleador Nombre en letra de imprenta:</i>	
<i>Representante del empleador Firma:</i>	
<i>Representante del empleador Nombre del cargo:</i>	
<i>Representante del empleador Número de teléfono:</i>	
<i>Fecha en que se completó:</i>	