

Formulario de verificación de ingresos

El programa de WIC de Virginia necesita verificar los ingresos de la persona a continuación para determinar la elegibilidad para el programa. Por favor proporcione la información solicitada y tampoco devuelva este formulario al empleado o por fax al:

Nombre clínica WIC: _____

WIC Fax #: _____ WIC teléfono #: _____

Permito que mi empleador proporción e información acerca de mis ingresos a esta oficina de WIC.

Nombre del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Empleador: Favor de llenar toda la información por debajo de esta línea

Por favor responda las siguientes preguntas en referencia al de empleo actual:

1. Salario: \$ ___ por hora ___ semana ___ mes ___ año

2. Con qué frecuencia pagan al empleado?

___ Mes ___ Semana ___ Quincenal ___ Dos veces al mes

3. Cuántas horas trabaja el empleado generalmente por semana: _____

4. Por favor llene el siguiente cuadro con el salario bruto del empleado durante el último mes (30 días):

Fecha de pago	Número de Horas trabajadas en el período de pago	Sueldo bruto

Nombre de la persona completando este formulario: _____ Título: _____

Firma del empleador completando este formulario: _____ Fecha: _____

Nombre de la Empresa: _____

Dirección de Empresa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: _____

Esta institución es un empleador de igualdad de oportunidades