

Department of Human Services
Multi- Purpose Earnings Verification Form
Departamento de Servicios Humanos
Formulario de verificación de ganancias multipropósito

Employer: _____

Employee: _____

Empleador: _____

Empleado: _____

Address: _____

Employee's Social Security # _____ - _____ - _____

Domicilio: _____

N.º de Seguro Social del empleado _____ - _____ - _____

EIN: _____

Número de identificación patronal (EIN): _____

Please complete Section I and have your employer complete Section II. This is a very important form because your benefits depend on returning this form within 10 days.

Por favor complete la Sección I y pida a su empleador que complete la Sección II. Este es un formulario muy importante porque sus beneficios dependen de que lo devuelva dentro de 10 días.

Section I: To be completed by customer

Sección I: Para ser completado por el cliente

I, _____, authorize _____ to

(name of customer)

(name of employer)

Yo, _____, autorizo _____ a

(nombre del cliente)

(nombre del empleador)

release information to the
divulgar información al



(nombre de la oficina local)

Department of Social Services
Departamento de Servicios
Sociales

Signature _____

Date ____/____/____

Firma _____

Fecha ____/____/____

Section II: To be completed by employer (please provide the following information for the above employee).

Thank you for your prompt attention and cooperation in the matter.

Sección II: Para ser completado por el empleador (por favor provea la siguiente información para el empleado que se mencionó anteriormente).

Gracias por su pronta atención y cooperación en este asunto.

A: New, temporary or permanent employee (if employee is still being paid)

A: Empleado nuevo, temporal o permanente (si todavía se le está pagando al empleado)

First day of employment: ____/____/____ Date first pay received ____/____/____

Primer día de empleo: ____/____/____ Fecha en que se recibió el primer pago ____/____/____

Gross pay of first check: \$ _____ Rate of pay \$ _____ per _____

Pago bruto del primer cheque: USD _____ Tasa de pago USD

_____ por _____

Usual number of hours per week: _____ Frequency of pay: _____

Número habitual de horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____

Day of week pay received: _____ Health insurance premium: \$ _____

Día de la semana en que se recibió el pago: _____ Prima del seguro de salud:

USD _____

Health insurance frequency: _____ 401 (K) contribution: \$ _____ per _____

Frecuencia del seguro de salud: _____ Contribución 401 (K): USD _____ por _____

B. Terminated employee or employee on leave
B. Empleado despedido o empleado con licencia

Last day worked: ____/____/____

Date final pay received: ____/____/____

Último día trabajado: ____/____/____

Fecha en que se recibió el pago final:

____/____/____

Final pay (gross): \$ _____

Total gross pay this month \$ _____

Pago final (bruto): USD _____

Pago total bruto de este mes USD _____

Leave or vacation pay due: no () yes ()

If yes, gross pay: \$ _____ Date received: ____/____/____

Pago de licencia o vacaciones vencidas: no () sí ()

En caso afirmativo, pago bruto: USD _____ Fecha en

la que se recibió: ____/____/____

Is employee on leave without pay: no () yes ()

El empleado está de licencia sin goce de sueldo: no () sí ()

C: Wages or sick pay (please supply the most current information)

C: Salarios o pagos por enfermedad (por favor proporcione la información más actualizada)

Motivo de la terminación: _____

Motivo de la terminación: _____

Dates Pay Received	Number of Hours	Gross Pay	Tips/Commission only if additional to gross pay
Fechas de pago Recibido	Número de horas	Pago bruto	Propinas/comisión solo si adicional al sueldo bruto
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____
____/____/____	_____	USD _____	_____

Business name: _____

Address: _____

Nombre de la empresa: _____

Domicilio: _____

Signature or employer/payroll clerk

____/____/____
Date

() - _____
Telephone Number

Firma o empleado/liquidador de sueldos

Fecha

Número de

teléfono