



HealthWorks for Northern Virginia  
Your Community Health Center

Compassionate • Culturally Competent • Accessible to All

## FORMULARIO DE LA VERIFICACIÓN DEL EMPLEO

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre legal de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***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.***

Título de trabajo: \_\_\_\_\_

Si ya no tiene empleo, la última fecha en que trabajó el empleado: \_\_\_\_\_

El empleado es:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Temporáneo

¿Con qué frecuencia se le paga a este empleado?:

Diario  Semanales  Quincenales  Mensuales  Otro

¿Cuánto se le paga a este empleado por hora? \_\_\_\_\_

Número promedio de horas trabajadas semanalmente: \_\_\_\_\_

¿Recibe este empleado consejos?: \_\_\_\_\_ Promedio de consejos por semana: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que llenó el formulario

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

### PARA USO DE OFICINA

Fecha de Pago:				
Ganancias Totales (antes de impuestos):				