

Name: _____		App. Reg/Case #: _____	
Social Security Number: XXX-XX-____			
Address: _____			
<small>STREET</small>			
<small>CITY</small>		<small>STATE</small>	<small>ZIP CODE</small>

Debe ser completada por el empleador:

Doy fe que _____ trabaja para mí como _____
(LO QUE EL EMPLEADO HACE PARA USTED)

Este empleado es pagado (marque uno) Cada semana Cada dos semanas Cada mes Mensual

¿Tiene acceso este empleado al New York State Health Insurance Program (NYSHIP)? Sí No

¿Tiene el empleado familiares dependientes inscritos en un plan de seguro de salud patrocinado por el empleador? Sí No

Por favor provea la siguiente información:

Últimas semanas consecutivas	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Fecha pagado	/ /	/ /	/ /	/ /
Salario bruto <i>-incluya las propinas, comisiones, y bonos</i>	\$	\$	\$	\$

¿Si este empleado ya no trabaja para usted, cuál fue el último día que él/ella fue empleado por usted?

Nombre de la compañía: _____

Dirección de la compañía: _____
DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de la compañía: _____

Nombre del empleador: _____ Título: _____
POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS DE IMPRENTA

Firma del empleador: _____ Fecha: _____