



a partner in the Smart Start network



VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Para ser completado por el empleador solamente

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Nombre del Empleado: _____ Puesto: _____

Salario antes de Impuestos: _____ Fecha de contratación: _____

Días Laborales: _____ Horario de Trabajo: _____

___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Dos veces al mes ___ Mensual

Doy fe de que la información indicada anteriormente es verdadera y precisa y se utilizará para determinar la elegibilidad en el programa del empleado antes mencionado.

Firma del Empleador / Patrón

Fecha

Nombre Completo

Título/Puesto

FOR OFFICE USE ONLY

Employer Contact Person: _____ Verified On: _____
Date/Time

Verified By: _____