



NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (últimos 4 dígitos)
----------------------------	--

FORMULARIO 4. VERIFICACIÓN DEL SALARIO

<p>El objeto de este formulario es el de verificar el salario de cada miembro del grupo familiar. Cada miembro del grupo familiar que tenga un empleo debe completar este formulario o brindar otra verificación del salario, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de sueldo recientes que establezcan el salario bruto por las últimas 6 semanas. • Carta del empleador estipulando el salario bruto y las horas de trabajo. <p>LA SECCIÓN A DEBE SER COMPLETADA POR EL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE TIENE EMPLEO. LA SECCIÓN B DEBE SER COMPLETADA, TIMBRADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR ACTUAL</p>	<p>¿Ha completado usted este formulario?</p>	
	<p align="center">Sí</p> <input type="checkbox"/>	<p align="center">No aplicable</p> <input type="checkbox"/>

SECCIÓN A (a completar por el EMPLEADO)

Nombre del empleado: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

SECCIÓN B (a completar por el EMPLEADOR)

Empresa: _____ Domicilio: _____

Representante del empleador: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Tipo de ingresos	Importe	Indique abajo la frecuencia de pago (por hora, quincenal, mensual, anual)	Horas promedio trabajadas por periodo de pago
Salario bruto actual:	\$		
Salario bruto en los últimos 12 meses	\$		
Horas extra:	\$		
Bonos, comisiones o propinas:	\$		
Salario por servicio en las Fuerzas Armadas, por exposición a fuego hostil:	\$		
Salario bruto futuro: (Si está previsto un aumento salarial, indique la fecha efectiva: ____/____/____)	\$		

Si el salario del empleado es por temporadas, esporádico o no se puede capturar precisamente en el cuadro anterior, explique: _____

Fecha de contratación o recontractación original: _____ Fecha de terminación: _____

EL SELLO/TIMBRE DE LA EMPRESA ES OBLIGATORIO

Certifico que la información que antecede es exacta y entiendo que, en virtud de la ley federal, el hecho de suministrar falsas declaraciones a una agencia del gobierno es pasible de sanción.

_____ / _____ / _____
FIRMA DEL FUNCIONARIO **FECHA**