

# Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

## Forma de verificación de empleo

### El personal de WIC llena esta parte:

\_\_\_\_\_ es miembro de la unidad familiar que solicita asistencia  
(Nombre del solicitante o del miembro de la unidad familiar del solicitante)  
o tiene ingresos que afectan la solicitud de asistencia de otro miembro de la unidad familiar. Para determinar la elegibilidad de la unidad familiar, tenemos que verificar todos los ingresos. Puesto que esta persona es su empleado, necesitamos su ayuda.

### El empleado llena esta parte:

Autorizo la divulgación de la siguiente información

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado (solicitante o miembro de la unidad familiar del solicitante)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### El empleador llena esta parte:

Compañía/Empleador \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal))

1. ¿Trabaja actualmente en su compañía la persona mencionada anteriormente?  Sí  No  
Día en que empezó a trabajar: \_\_\_\_\_
2. Salario por hora (anótelos sólo si le paga por hora) \$ \_\_\_\_\_/hora
3. ¿Con qué frecuencia le paga?  Por día  Por semana  Cada dos semanas  Cada quincena  Cada mes
4. ¿Recibe el empleado por lo general comisiones, pago por trabajar horas extra o propinas?  Sí  No

En la tabla a continuación, anote la cantidad de ingresos brutos (antes de restar las deducciones) que la persona recibió **en los últimos 30 días**. Si el empleado no ha recibido su primer cheque de paga, por favor, calcule los ingresos brutos que tendrá durante este periodo de pago.

Fecha en que terminó el periodo de paga	Horas trabajadas	Pago bruto (antes de restar las deducciones)	Otro pago (por ejemplo, propinas, horas extra, comisiones)

Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente este solicitante o el miembro de la unidad familiar del solicitante se podría expulsar de WIC, ser enjuiciado penalmente o ambas cosas. La información anterior puede ser verificada por representantes de WIC.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llena la sección del empleador de la forma

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha