

Número clave de la solicitud: _____

Solicitud de información sobre ingresos

Nombre del solicitante:			Fecha de solicitud:
Dirección:			Teléfono:
Ciudad:	Estado: IN	Código postal:	Empleador:

Por la presente autorizo a mi empleador a divulgar la información que figura a continuación a la agencia solicitante.

Firma del solicitante

Fecha

Para ser completado SOLO por el empleador

¿El solicitante arriba mencionado ha estado a su servicio como empleado a tiempo completo, empleado a tiempo parcial o contratista en los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de inicio: ____/____/____
¿El solicitante arriba mencionado sigue siendo un empleado/contratista activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, ¿tipo de terminación de la relación laboral? <input type="checkbox"/> Voluntaria <input type="checkbox"/> Involuntaria <input type="checkbox"/> Despido	Fecha de separación: ____/____/____
Tarifa/salario base del empleado:	Promedio de horas por periodo de pago:	Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra: _____
Salario bruto durante los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud:	Propinas recibidas durante los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud:	Bonificaciones recibidas durante los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud:

Toda la información de contacto del empleador es OBLIGATORIA

Nombre en letra de imprenta de la persona que completa el formulario:	Firma de la persona que completa el formulario:
Cargo de la persona que completa el formulario:	Fecha:
Teléfono comercial:	Correo electrónico comercial:

Envíe este formulario completo a la agencia solicitante: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ o número de fax: _____