

MUSC/CMH/UMA
Afirmación de Verificación del Empleado

Charleston Memorial Hospital
 University Medical Associates

Yo, _____ por este medio autorizó y pido que mi empleador _____
 (Imprima el Nombre del Solicitante) (Imprima el nombre del negocio)
 provea información concerniente a mí sueldo y empleo.

 Firma del Solicitante

 Fecha

 Seguro Social

EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE
(PROVEA INFORMACIÓN DE UN (1) MES DE PAGO)

El empleado es pagado Semanal cada 2 semanas Mensual 2 veces por mes Otro

Fecha cuando fue empleado _____

Fecha final de nomina	Día de pago	Horas trabajadas por cada periodo de pago	Sueldo antes de deducciones(incluya propinas,ect)

 IMPRIMA EL NOMBRE/TITULO DE LA PERSONA QUIEN COMPLETO ESTE FORMULARIO Y LA FECHA

 FIRMA DE LA PERSONA QUIEN COMPLETO ESTE FORMULARIO

 IMPRIMA NOMBRE/NUMERO DE TELÉFONO DEL NEGOCIO

 DIRECCIÓN DEL NEGOCIO

COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE APLIQUEN DEBEN SER PRESENTADAS CON LA APLICACIÓN