Iowa Department of Human Services
Employer's Statement of Earnings
(Declaración de ganancias del empleador)

Nombre del empleado: _____ Nº de seguro social: _____

Nombre de la empresa: _____

El permiso a los empleados.

Yo doy mi permiso del empleador para compartir información sobre mi empleo. No voy a tomar acciones legales en su contra por compartir esta información. Este permiso se detendrá el último día del duodécimo mes siguiente al mes me inscribí a continuación.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Nota para el empleador – Por favor, complete las secciones marcadas debajo para verificar la información del empleo

☐ Por favor, suministre su cálculo aproximado de sueldos continuos		
Tipo de paga	Horas por semana proyectadas	Paga por hora
Regular		
Horas extra		
Fin de semana/ diferencial de turnos		
Propinas, si las recibe	\$ _____ por mes	
Salario, si no le pagan por hora	\$ _____ por	
Bonos y/o comisiones	\$ _____ por	
¿Frecuencia de pago?		
Otra	\$ _____ por	

☐ Paga recibida o esperada desde hasta			
Fecha de fin del período de pago	Fecha del pago recibido	Sueldo bruto	Horas trabajadas

¿Es ésta una buena indicación de las ganancias a futuro? (encierre una opción con un círculo) Sí No.
 Si responde no, explique por favor:

¿Tiene seguro médico disponible? (encierre una opción con un círculo) Sí No.

EMPLEO NUEVO:
 Fecha de inicio del empleo _____/_____/_____
 Fecha del primer cheque recibido _____/_____/_____

EMPLEO QUE FINALIZA:
 Última fecha de empleo _____/_____/_____
 Fecha del último cheque recibido _____/_____/_____
 Encierre con un círculo el motivo por el cual finalizó el empleo: Renuncié Me despidieron Otro _____

Cantidad normal de días programados para trabajar por semana (cálculo aproximado) _____
 ¿Sus horarios varían? (encierre una opción con un círculo) Sí No Otro (explique) _____
 Horas de trabajo normales programadas (ejemplo, de 8 am a 5 pm. Por favor aclare si es AM o PM):

_____ Dom _____ Lun _____ Mar _____ Mié _____ Jue _____ Vie _____ Sáb _____

Información del empleador	
Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta)	Teléfono
Firma de la persona que completa el formulario	Fecha

¿Tiene alguna pregunta? Contáctese con:

Nombre del trabajador	Nº de trabajador	Nº de teléfono	Nº de fax	Nº de teléfono gratuito
Dirección postal			Dirección de correo electrónico	