

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

**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**