



Formulario de verificación de salario

Yo, _____ certifico que _____
(nombre del empleador) *(nombre del empleado)*

está empleado en _____.
(nombre de la compañía)

Gana \$ _____ semanalmente / bisemanalmente / quincenalmente/ mensualmente *(rodee una opción con un círculo)*

Me pueden contactar al número de teléfono que sigue para verificar esta información:

(_____) _____ - _____.

Firma del empleador

Fecha

----- Para uso exclusivo del personal del Centro de Atención Familiar de UH Health: -----

MRN: _____

Fecha de la verificación _____

Iniciales del personal del Centro de Atención Familiar de UH Health _____