

Nombre: \_\_\_\_\_ App. Reg / Case #: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: XXX-XX-\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
CALLE  
 \_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Debe ser rellenado por el empleador:**

Certifico que \_\_\_\_\_ trabaja para esta empresa como \_\_\_\_\_  
(¿QUÉ HACE EL EMPLEADO?)

A este empleado se le paga (marque uno):  Semanalmente  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Mensualmente

¿Tiene el empleado acceso al Programa de Cobertura de Seguro Médico del Estado de Nueva York (NYSHIP)?  Sí  No

¿Tiene el empleado dependientes bajo la cobertura de seguro de salud patrocinado por el empleador?  Sí  No

Favor de proporcionar la siguiente información:

<b>Pagos de las últimas semanas consecutivas</b>	<b>Semana 1</b>	<b>Semana 2</b>	<b>Semana 3</b>	<b>Semana 4</b>
<b>Fecha de pago</b>				
<b>Salario bruto</b> <i>Incluya propinas, comisiones y bonificaciones</i>				

Si el empleado ya no trabaja para esta empresa, proporcione la fecha en que dejó de trabajar: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_  
CALLE  
 \_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número de teléfono de la empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma del empleador: \_\_\_\_\_ FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Fecha: \_\_\_\_\_