

Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Forma de verificación de empleo

WIC Staff Completes the Following:

_____ is a member of a household applying for assistance
 (Name of applicant or member of applicant's household)
 or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

El empleado llena lo siguiente:

Yo autorizo al empleador nombrado a continuación a divulgar la información en esta forma.

 Firma del empleado (Solicitante o miembro del hogar del solicitante)

 Fecha

El empleador llena lo siguiente:

Compañía/Empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección: _____
 (Domicilio comercial) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

1. ¿Trabaja actualmente en su compañía la persona mencionada antes? Sí No Fecha de contratación: _____
2. Salario por hora (anótelos solo si le paga por hora) \$ _____/hora
3. ¿Cada cuánto le paga? a diario por semana cada dos semanas dos veces al mes cada mes
4. Por lo general, ¿recibe el empleado comisiones, horas extras o propinas? Sí No

Sección I. En la tabla a continuación, anote la cantidad de ingresos brutos que ha recibido la persona en los últimos 30 días.

Fecha en que terminó el periodo de pago	Horas trabajadas	Pago bruto (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Sección II. En la tabla a continuación, dé una estimación de los ingresos brutos del periodo de pago si el empleado no ha recibido su primer cheque.

Fecha en que terminó el periodo de pago	Horas trabajadas	Pago estimado (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Entiendo que si deliberadamente omito o doy información falsa, este solicitante o el miembro del hogar del solicitante podría dejar de participar en WIC, ser enjuiciado penalmente o ambas cosas. La información anterior podría ser verificada por representantes de WIC.

 Firma de la persona que llena la sección del empleador en esta forma

 Título

 Fecha

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax: (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov.

