

Departamento de Servicios Sociales de Carolina Sur
SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALARIO

FAVOR DE DEVOLVER PARA: _____

De: (Nombre y dirección del Condado)	Nombre del Empleado:
	Ultimos 4 dígitos del Seguro Social del empleado: XXX-XX-_____
Teléfono del Condado:	Nombre del Caso: (Si es diferente al nombre del empleado)
Número de Fax del Condado:	Número del Caso:
Para: (Nombre del empleador)	Número de teléfono del empleador:
Dirección del Empleador:	Número de Fax del Empleador:

Firma del Oficial Autorizado por la Agencia

Fecha

Yo entiendo que el Departamento de Servicios Sociales considera mis ingresos para determinar la elegibilidad de mi familia para recibir asistencia. Por la presente autorizo a mi empleador a divulgar información sobre mis salarios.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Se debe completar la información para las fechas de _____ hasta _____.

- Fecha de comienzo de empleo: _____ Si es un nuevo empleo, fecha en que el primer pago fue recibido: _____.
- Se le paga al empleado Semanal Bisemanal 2 veces al mes Mensual Otro: _____.
- Horas programadas por periodo de pago tras completar entrenamiento: _____ . Salario por hora: _____.
- Si el pago no es por hora, salario esperado **por periodo de pago**: _____ . ¿Es un empleo temporal? Sí No
- Día de la semana en que el empleado recibe el pago: lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo
- Otros ingresos esperados no descritos arriba (propinas, comisiones, etc.): _____.
- ¿Anticipa algún cambio en el pago por hora o en las horas de trabajo? Sí No

De ser sí, favor indique el cambio y la fecha esperada del cambio: _____.

Registre la información de salarios abajo: El pago bruto se refiere al total de ingresos ganados antes de cualquier deducción e incluye la cuota del empleado del seguro social pagado por el empleador al empleado.

Fecha en que termina el periodo de Pago	Fecha en que se recibe el Pago	Horas Trabajadas	Pago Bruto	Propinas o Comisiones no incluidas en Pago Bruto	Beneficios, Compensación por Accidentes Laborales, Discapacidad o Maternidad		Pago por Enfermedad, Indemnización por Despido, Pago de Vacaciones		Crédito por Ingresos Ganados	Elegible para UCB
					Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad		

Si el empleado está en licencia o cesanteado, favor indique el tipo de licencia: _____ Fecha del último pago: _____

Cantidad en bruto del último cheque: _____ Fecha en que se espera que el empleado regrese al trabajo: _____

Si el empleo ha terminado, favor indique la razón de la separación: _____

Fecha del último pago: _____ Cantidad en bruto del último pago: _____

Firma y título de la persona que provee la información: _____

Teléfono: _____ Fecha en que firmó: _____

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

