

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
SOLICITUD DE INFORMACIÓN SALARIAL

DEVOLVER ANTES DEL: _____

De: (Nombre del condado y dirección)	Nombre del empleado:
	Últimos 4 dígitos del N.º de seguro social del empleado: XXX-XX-_____
Número de teléfono del condado:	Nombre del caso: (si es diferente del nombre del empleado)
Número de fax del condado:	Número de caso:
Para: (Nombre del empleador)	N.º de teléfono del empleador:
Dirección del empleador:	Número de fax del empleador:

Firma del funcionario autorizado de la agencia

Fecha

Comprendo que el Departamento de Servicios Sociales tiene en cuenta mis ingresos para determinar si mi familia califica para recibir asistencia. Por medio de la presente, autorizo a mi empleador a divulgar la siguiente información sobre mi salario.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

Los puntos deben ser completados por el empleador para las fechas desde _____ hasta _____.

- Fecha de inicio del empleo: _____. Si se trata de un trabajo nuevo, fecha en que recibió o recibirá el primer cheque _____
- Al empleado se le paga: Semanalmente Bisemanalmente Quincenalmente Mensualmente Otro: _____
- Horas que debe trabajar por período de pago tras finalizar el período de capacitación: _____ Salario por hora: _____
- Si no se le paga por hora, salario previsto por **período de pago**: _____ ¿Se trata de un empleo estacional? Sí No
- Fecha(s) _____ **O** día de la semana en que el empleado suele recibir el pago: Lu Ma Mi Ju Vi Sa Do
- Otros ingresos previstos no incluidos anteriormente (propinas, comisiones, etc.): _____.
- ¿Prevé algún cambio en la tarifa horaria o en las horas de trabajo? Sí No

En caso afirmativo, indique el cambio y la fecha prevista del mismo: _____

Enumere la información salarial a continuación: salario bruto se refiere al total de los salarios ganados antes de cualquier deducción e incluye la parte que corresponde al empleado del seguro social pagada por el empleador a nombre del empleado.

Fecha de fin del período de pago	Fecha en que recibió el pago	Horas trabajadas	Salario bruto	Propinas, bonificaciones, comisiones no incluidas en el salario bruto	Cualquier beneficio, compensación laboral, discapacidad, maternidad		Pagos por enfermedad, despido y vacaciones	
					Tipo	Monto	Tipo	Monto

Si el empleado está de permiso o es despedido, indique el tipo de permiso: _____ Fecha del último cheque: _____

Monto bruto del último cheque: _____ Fecha en que el empleado debe regresar al trabajo: _____

Si el empleo ha terminado, indique la razón por la que terminó el empleo: _____

Fecha del último cheque: _____ Monto bruto del último cheque: _____

Firma y cargo de la persona que facilita la información: _____

Teléfono: _____ Fecha de firma: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Proporcione información sobre los ingresos a partir del mes de _____ y hasta _____.

Fecha en que recibió el pago	Salario bruto	Fecha en que recibió el pago	Salario bruto

Firma y cargo de la persona que facilita la información: _____