

ADMINISTRACION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

VERIFICACION DE EMPLEO

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información solicitada a continuación, nos permitirá determinar los beneficios que nuestra oficina pueda prestar a la familia. Esta tendrá carácter confidencial.

Atentamente,

Vo. Bo. \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Num. Seguro Social \_\_\_\_\_

A. Estatus de Empleo (favor de marcar)

- ( ) Permanente
- ( ) Transitorio
- ( ) Ocasional
- ( ) Tiempo parcial - Horas por Día \_\_\_\_\_  
Días por Mes \_\_\_\_\_  
Fecha empezó a trabajar: \_\_\_\_\_  
Fecha primer pago: \_\_\_\_\_

Es probable que trabaje todo o parte del año  SI  NO

B. Clase de Empresa

- ( ) Finca
  - ( ) Servicio Domestico
  - ( ) Comercio
  - ( ) Otro
  - ( ) Fabrica
  - ( ) Construcción
- Especifique: \_\_\_\_\_

C. Sueldos o Salarios brutos de los últimos 12 meses fueron:

Mes y Año	Cantidad	Mes y Año	Cantidad
1. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	9. _____	_____
4. _____	_____	10. _____	_____
5. _____	_____	11. _____	_____
6. _____	_____	12. _____	_____

D. Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha

Firma del Informante

Puesto que Ocupa

Num. Teléfono