Para ser completado por el empleador cuando el empleado no recibe talons de pago.

Declaracion de ingresos del empleador

Unicamente para uso del empleador

Informacion del empleado

_____, que vive en:
(Nombre del empleado)

_____
(Direccion fisica del empleado)

actualmente trabaja para mi como_____.
(tipo de trabajo que realiza el empleado a cambio de remuneracion)

Cobra la suma BRUTA de: $_____ **por semana / cada dos Semanas / mensulamente / por hora**.
(----------Marque uno----------)

Normalmente trabaja: _____ horas **por semana.**
(Cantidad de horas trabajadas)

Recibio propinas **(si corresponde)** por un monto de $_____ en las ultimas dos Semanas.

Informacion del empleador

Mediante mi firma, declare que toda la informacion mencionada anteriormente es exacta y que el empleado no tiene Seguro medico por mi nip or la compania.

_____ _____
Firma del empleador Fecha

_____
Nombre del empleador en letra de imprenta

_____ _____
Nombre de la empresa (si corressponde) Numero de contacto del empleador

_____
Direccion fisica del empleador Ciudad Estado Codigo postal

Importante: **El empleador debe firmar esta declaracion**
Se debe presenter el formulario completado junto con la solicitud de Medication Assistance Pharmacy