



Declaración de ingresos del empleador

Únicamente para uso del empleador

Información del empleado

_____, que vive en:
(Nombre del empleado)

(Dirección física del empleado)

actualmente trabaja para mí como _____
(tipo de trabajo que realiza el empleado a cambio de remuneración)

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

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

Recibió propinas (**si corresponde**) por un monto de \$ _____ en las últimas dos semanas.

Información del empleador

Mediante mi firma, declaro que toda la información mencionada anteriormente es exacta y que el empleado no tiene seguro médico por mí ni por la compañía.

Firma del empleador

Fecha

Nombre del empleador en letra de imprenta

Nombre de la empresa (si corresponde)

Número de contacto del empleador

Dirección física del empleador Ciudad Estado Código postal

IMPORTANTE: **El empleador debe firmar esta declaración**
 Se debe presentar el formulario completado junto con la solicitud de Welvista