

FORMULARIO DE LA VERIFICACIÓN DEL EMPLEO

Entregue el formulario llenado a Community Health Centers, Inc. NOMBRE DEL EMPLEADO: ______ NOMBRE LEGAL DE LA COMPAÑÍA: DIRECCIÓN: TELÉFONO #: El empleado nombrado arriba o su pariente ha aplicado para el plan de la Escala de Descuentos para servicios médicos y/o dentales en nuestra clínica. Se requiere la siguiente información para la determinación de la elegibilidad de los servicios descontados. AUTORIZO POR ESTE MEDIO A MI PATRÓN A PROVEER LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO: Firma del empleado Fecha 1. Título de trabajo: 2. El empleado es: ____Tiempo completo ____ Tiempo parcial _____ Temporáneo 3. Se pagan el empleado: ___Semanalmente__Diariamente__Quincenalmente ___Otro 4. ¿El empleado recibe horas extras? ____Si ____No Si la respuesta es sí, son éstas recibida: ___Regularmente ___Ocasionalmente 5. ¿El empleado tiene seguro médico del grupo? ____Si ____No Si esta respuesta es sí, escribe el nombre del seguro: ¿El empleado tiene cobertura para sus dependientes? ____Si No HISTORIAL DEL SUELDO RECIBIDO LAS POR ÚLTIMAS 4 SEMANAS: **Ganancias Totales** Fechas del período de la Horas trabajadas por el (antes de impuestos) empleado paga Nombre y título de la persona que llenó el formulario: ______ Fecha de entrega al paciente:

Fecha el formulario fue mandado por fax al empleador: ______