



# GPW Health Center *Dedicated to Your Health!*

4379 Ridgewood Center Dr., Suite 102, Woodbridge, VA 22192  
9705 Liberia Ave., Suite 201, Manassas, VA 20110  
17739 Main St., Suite 130, Dumfries, VA 22026  
Phone 703.680.7950 Fax 703.680.7953 www.GPWHealthCenter.org

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(Esta información se requiere para determinar su elegibilidad para el programa de descuento)

### SECCIÓN DE EMPLEADO / NO EMPLEADO- debe completarla el empleado / no empleado.

Nombre del empleado / no empleado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Verificación de ingresos** – se envía cuando el empleado / no empleado no puede proporcionar los talones de pago requeridos o se paga en efectivo.

Si un empleado no puede proporcionar los **talones de pago** requeridos (es decir, los talones de pago no están disponibles y / o el empleado ha comenzado a trabajar y los talones de pago aún no se han recibido), el empleado debe proporcionar un formulario de verificación de ingresos completo y firmado de cada empleador. Una vez verificado, el empleado será considerado para la determinación de elegibilidad para el Programa de descuento de tarifa variable.

Si el/la aplicante le pagan de uno o más empleadores (individuos, empresas y / u organización), o se le paga en efectivo de una persona, empresa u organización que no es empleado por trabajo ocasional, jornalero y / o servicio doméstico ( ej., jardinería, paisajismo, limpieza, guardería, cuidado de niños, etc.) y el **dinero en efectivo pagado no está incluido en la declaración de impuestos** del empleado / no empleado, el empleado / no empleado debe proporcionar un formulario de verificación de ingresos completo y firmado de **cada** empleador y **cada** uno empleador (es decir, individuo, empresa y / u organización) para servicios. Una vez verificado, el empleado / no empleado será considerado para la determinación de elegibilidad para el Programa de descuento de tarifa variable.

### EMPLEADOR / NO EMPLEADOR – Esta sección debe ser completada por el empleador / no empleador.

Nombre del Superior/Genérate/ Individuo

Número de teléfono del Supervisor/ Genérate/ Individuo

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR: Verificación de ingresos:

1. Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
2. Tarifa de Pago / Salario: \$ \_\_\_\_\_
3. Frecuencia de pago:  Por Hora  Diario  
 Semanal  Quincenal  Mensual
4. Propinas / Comisión \$ \_\_\_\_\_

PARA SER COMPLETADO POR NO EMPLEADOR: Verificación de ingresos adicionales:  **Manutención de Menores**  **Pensión de**

**Alimenticia**  **Renta que recibe el Aplicante**

**Otro** \_\_\_\_\_

**Monto en efectivo: \$ \_\_\_\_\_ mensual**

*Verifico que proporciono ingresos adicionales (en efectivo y / o no en efectivo) para pagar mis necesidades básicas de vida al solicitante o para proporcionar manutención infantil / pensión alimenticia.*

Entiendo que GPW Health Center puede comunicarse conmigo para verificar esta información. Además, entiendo que proporcionar información falsa o información que posteriormente se determine que es falsa dará como resultado que el empleado / no empleado reúna los requisitos para los descuentos del SFDP y que el saldo total de las cuentas será revocado y se pague de inmediato.

Completado por (Nombre y cargo en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Effective Date: **Immediate**  
Approved Date: **06/2010, 06/2011, 05/2013**  
Revision Date: **04/29/2015, 04/08/2018**