



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**