



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE EMPLEO

DE	OFICINA			DCN DEL CASO
	DIRECCIÓN			NOMBRE DEL CASO
	CIUDAD	ESTADO MO	CÓDIGO POSTAL	
PARA	NOMBRE			ATENCIÓN: Para cumplir con la normativa federal, nuestra agencia debe tomar una decisión sobre esta solicitud en un plazo de 28 días. No podemos tomar esta decisión sin su ayuda y cooperación.
	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE Y NÚMERO)			
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
ASUNTO	NOMBRE DEL EMPLEADO			NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
	DIRECCIÓN DEL EMPLEADO			

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

NOMBRE	FECHA
--------	-------

La persona indicada anteriormente es miembro de un hogar que recibe o ha solicitado asistencia pública. Para determinar la elegibilidad y el monto de dicha asistencia debemos contar con información sobre los ingresos y gastos de la persona en cuestión. Es importante que conozcamos:

- las fechas en que se reciben cheques y las fechas de finalización de los períodos de pago;
- el monto de la paga y las horas trabajadas;
- la cantidad bruta de las ganancias,
- las modificaciones anticipadas en el monto de la paga o en las horas trabajadas y
- otros beneficios que usted proporciona a su empleado.

Para proporcionar la información solicitada cuenta con un formulario en el reverso de este documento. Si tiene alguna dificultad para usar el formulario, tenga la libertad de usar una hoja en blanco o imprima su propio documento y adjúntelos a este formulario.

Si el empleado ya no trabaja para usted llene la sección "Empleo rescindido" e ingrese la información sobre ganancias en las fechas indicadas.

Si el empleado se jubiló en su empresa llene la sección "Jubilado" e ingrese la información sobre ganancias en las fechas indicadas.

Le agradecemos su cooperación y la información que nos proporciona. Se anexa un sobre con la dirección del destinatario para realizar el envío.

ENVÍE SU RESPUESTA POR FAX AL

DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
--------------------------------	-------	--------------------

INFORMACIÓN DE EMPLEO

NOMBRE DEL EMPLEADO	DCN DEL CASO
FECHA DE INICIO DEL EMPLEO	PUESTO ACTUAL
EN EL CASO DE LICENCIA PROLONGADA, FECHA EN QUE INICIÓ LA LICENCIA	FECHA DE LA RECONTRATACIÓN O DEL RETORNO DE UNA LICENCIA PROLONGADA

EMPLEADO RESCINDIDO: (Si la persona ya no es un empleado de su empresa, proporcione la siguiente información).

DURACIÓN DE SU EMPLEO	ÚLTIMA FECHA TRABAJADA	MONTO DEL ÚLTIMO CHEQUE	N.º HORAS DEL ÚLTIMO CHEQUE	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE RECIBIDO (O POR RECIBIR)
-----------------------	------------------------	-------------------------	-----------------------------	--

MOTIVO DE LA RECISIÓN

JUBILADO (si la persona se jubiló en su empresa, proporcione la siguiente información)

FECHA EFECTIVA DE LA JUBILACIÓN	MONTO BRUTO DE LA PENSIÓN MENSUAL	FECHA DEL PRIMER CHEQUE RECIBIDO
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

INDIQUE LAS GANANCIAS BRUTAS POR PERÍODO DE PAGO DE

FECHA A FECHA

Si se trata de un empleado nuevo, pronostique las horas por período de pago y el monto del primer cheque.

NÚMERO DE HORAS PROGRAMADAS DE TRABAJO SEMANAL	FECHA DE RECEPCIÓN DEL CHEQUE	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE PAGO	TASA DE PAGO	HORAS TRABAJADAS	GANANCIAS BRUTAS	PROPINAS (SI NO SE INCLUYEN EN LAS GANANCIAS BRUTAS)	DIETAS (SI NO SE INCLUYEN EN LAS GANANCIAS BRUTAS)	REMUNERACIÓN EN VACACIONES O EN AUSENCIA POR ENFERMEDAD
PERIODO DE PAGO:								
<input type="checkbox"/> Mensual								
<input type="checkbox"/> Dos veces al mes								
<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas								
<input type="checkbox"/> Semanal								
<input type="checkbox"/> Otro								

¿EL SUELDO INCLUYE HORAS EXTRAS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ELIGIÓ 'SÍ', QUÉ CANTIDAD: _____	¿JTPA PAGA UNA PARTE DE LOS SALARIOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ELIGIÓ 'SÍ', QUÉ CANTIDAD: _____
---	--

¿EXISTEN MODIFICACIONES ESTACIONALES QUE REPERCUTAN EN LAS GANANCIAS DEL EMPLEADO?
 SÍ NO SI ELIGIÓ 'SÍ', EXPLIQUE: _____

¿SE ESPERA QUE SE MODIFIQUEN LOS SALARIOS O EL NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES?
 SÍ NO SI ELIGIÓ 'SÍ', EXPLIQUE: _____

BENEFICIOS

¿ESTE EMPLEADO CUENTA CON SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA O SUBSIDIO PARA ENFERMEDADES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ingrese la cantidad de otras prestaciones del empleado: CANTIDAD
SI ELIGIÓ 'SÍ': NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____	
N.º DE LA PÓLIZA: _____	Dividendos de la empresa _____
LA PRIMA LA PAGA EL: <input type="checkbox"/> EMPLEADOR <input type="checkbox"/> EMPLEADO	Acciones en la empresa _____
MONTO DE PRIMA PAGADA POR EL EMPLEADO \$ _____ CADA	Cooperativa de crédito _____
¿QUIÉN GOZA DE COBERTURA? <input type="checkbox"/> EMPLEADOR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE O FAMILIA	Deducciones voluntarias _____
	Bonos de ahorro _____
	Plan de retiro 401K _____
	Otro _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENÓ EL FORMULARIO	FECHA
---	-------

NOMBRE CON LETRA DE MOLDE Y CARGO	NÚMERO DE TELÉFONO
-----------------------------------	--------------------