

Statement of Income

For Employer Use Only

Employer _____ Phone _____

Address _____
City State Zip

Contact Person _____ Title _____

Gross Pay including tips: \$ _____ (Please Circle one):

Weekly Bi-weekly Monthly

Employer Signature (Required): _____ Date: _____

By my signature, I attest that all information is accurate and the employee does not have health insurance through his or her employer.

We will be calling to verify this information, so please provide a current phone number

For Employee Use Only

Employee Name: _____ SSN: _____

Employee Address: _____

Employee Signature: _____ Date: _____

Verificación de Ingresos

Para uso exclusivo del empleador

Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____
Ciudad Estado Zip

Persona Contacto _____ Título _____

Ingreso Bruto incluyendo propinas: \$ _____

(Marque la que aplica) Semanal Quincenal Mensual

Con mi firma, Yo testifico que la información dada de este empleado es correcta y exacta y que no se le ofrece seguro de salud.

Firma (Requerida): _____ Fecha: _____

Nosotros podríamos llamar para corroborar esta información

Para uso exclusivo del empleado

Nombre: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____
