



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

DE	NOMBRE		NUMERO DE CASO	Nº LOAD
	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE Y NÚMERO)		NOMBRE DEL CASO	
	CIUDAD		ATENCIÓN: Para cumplir con la normativa federal, nuestra agencia debe tomar una decisión sobre esta solicitud en un plazo de <u>VEINTIOCHO</u> días. No podemos tomar esta decisión sin su ayuda y cooperación.	
	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
PARA	NAME			
	DIRECCIÓN (NOMBRE DE CALLE Y NÚMERO)			
	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL		
ASUNTO	NOMBRE DEL EMPLEADO		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	
	DIRECCIÓN DEL EMPLEADO			
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN				
NOMBRE			FECHA	
<p>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 de la persona en cuestión. Esta persona recientemente comenzó a trabajar con usted. Debemos conocer información sobre las cantidades anticipadas respecto a (1) ganancias (2) tasa de pago y (3) horas trabajadas.</p> <p>De antemano, gracias por brindar esta información:</p>				
INFORMACIÓN SOLICITADA				
FECHA DE INICIO DEL EMPLEO		TASA DE PAGO POR HORA	HORAS ANTICIPADAS POR PERIODO DE PAGO	
FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE RECIBIDO (O POR RECIBIR)		MONTO BRUTO O MONTO PREVISTO DEL PRIMER CHEQUE	MONTO BRUTO O MONTO PREVISTO DEL SEGUNDO CHEQUE	
PERIODO DE PAGO <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> DOS VECES POR MES <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> OTRO				
¿Se espera que se modifiquen los salarios o el número de horas trabajadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí', explique dicha modificación e indique la fecha en que ocurriría.				
¿El cheque incluye... propinas? Si eligió 'Sí', \$ _____ horas extras? Si eligió 'Sí', \$ _____ pagos de JTPA? Si eligió 'Sí', \$ _____				
BENEFICIOS				
		SÍ	NO	COMENTARIOS
¿Este empleado cuenta con seguro de atención médica o subsidio para enfermedades?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si eligió 'Sí': Nombre de la compañía: _____				
N.º de la póliza: _____				
La prima la paga:				
	la empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	el empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Quién goza de cobertura?				
	Empleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENÓ EL FORMULARIO			FECHA	
PUESTO			NUMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA	
ENCARGADO DEL CASO/ANALISTA DEL CASO		NUMERO DE TELÉFONO	FECHA	
		- -	05/27/2019	

