

Formulario de verificación de ingresos

Sección I. Divulgación de información (debe ser completada por el empleado)

Nombre de empleado _____ Fecha _____

Yo apruebo que la siguiente información sea proporcionada a NC MedAssist. Entiendo que es posible que se requiera información adicional de mi empleador y / o clientes.

Firma del empleado

Fecha

----- **Esta parte debe ser completada por su empleador** -----

Sección II. Información del empleador

Nombre del empleador _____ Título _____

Nombre de la compañía _____ Teléfono _____

Dirección de la compañía _____

Sección III. Ingresos del empleo

Período de pago (circule uno): Semanal Quincenal Mensual Otro _____

En el espacio a continuación, proporcione los ingresos más actuales y consecutivos del último mes.

| Fecha de pago | Fecha de inicio del período de pago | Fecha de finalización del período de pago | Sueldo bruto |
|---------------|-------------------------------------|---|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sección IV. Verificación del empleador

La información proporcionada en este formulario es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Firma del empleador

Fecha

Por favor de completar esta forma y enviarla de regreso a la dirección postal o al número de fax a continuación.

NC MedAssist 4428 Taggart Creek Rd, Suite 101. Charlotte, NC 28202 | Fax: 704-536-9865