



**Southwest Ohio  
County Departments of  
Job & Family Services**

**Agencia del Condado:** Hamilton County Job & Family Services  
**Dirección:** 222 E. Central Parkway, Cincinnati, OH 45202  
**Teléfono:** (513) 946-1000  
**Fax:** (513) 946-1076  
**Sitio Web:** www.hcjfs.org

**Formulario de verificación de empleo**

Trabajador social:	Teléfono:	Fecha:	Devuelva antes del:
Nombre del empleador:			Nombre del empleado:
Dirección del empleador:			Número de seguro social:
Ciudad:	Estado:	Zip:	Número de caso:

*Mediante la aplicación de programas CDJFS, el individuo ha acordado que el CDJFS puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de elegibilidad y el nivel de asistencia. Además, 5101.37 de código revisado de Ohio autoriza la CDJFS para hacer las investigaciones que sean necesarias en el desempeño de sus funciones.*

**Autorización para Divulgar Información**

Estoy de acuerdo en que el empleador se menciona a continuación dar a conocer la información de mi empleo a Hamilton County Job & Family Services y la Autoridad de Vivienda Metropolitana de Cincinnati.

Esta información se utiliza para determinar la elegibilidad para:  Asistencia en Efectivo;  Asistencia alimentaria;  Asistencia Médica;  Otros, especificar: \_\_\_\_\_.

Soy consciente de mis responsabilidades de informar completa y totalmente todos los hechos que pesan sobre mi elegibilidad para recibir asistencia. Me doy cuenta de que la información solicitada revela he informado mal mi situación, la información puede ser dada a la fiscalía para una posible demanda civil o penal.

**Firma del solicitante / beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Para completar por el empleador**

<b>Fechas de empleo</b>			
Nombre corporativo:	<b>Si ha finalizado el empleo, también completar esta sección.</b>		
Nombre del sitio de empleo:			
Primer día trabajado:	Último día trabajado:	Fecha del último pago recibido:	Tipo de separación:
Fecha del primer pago recibido:	<input type="checkbox"/> Despedidos <input type="checkbox"/> Enfermedad o lesión <input type="checkbox"/> Ninguna llamada o Show <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Elegible para los beneficios post-empleo (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Descargada		
Enumere interrupciones o periodos de ausencias durante el empleo – De la fecha: _____ A la fecha: _____	Fecha de inicio de la huelga:	Fecha de finalización de la huelga:	Fecha efectiva de cierre:

**Tasa/Horas/Frecuencia de pago**

Salario por hora vigente:	Día de la semana pagado:	Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanalmente; <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas; <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____	Tiempo extra: <input type="checkbox"/> No se espera que lo trabaje en el futuro <input type="checkbox"/> Mensualmente de forma rutinaria
Número de horas semanales de trabajo establecido: _____; O Número de horas varía de _____ a _____ por semana			

**Salario (últimos 6 pagos)**

Fecha en que terminó el periodo	Fecha recibido	Horas	Salario por hora	Salario bruto <i>sin</i> propina, bono o comisión	Propinas	Bono o comisión	Embargo	Deducción por manutención de hijos

**Seguro Médico**

¿Está este empleado o sus dependientes inscrito en seguro médico? <input type="checkbox"/> No; <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Número de póliza	Número de grupo
Nombre/dirección de la compañía de seguros	Lista de los miembros cubiertos			

**Se necesita información adicional para el periodo de tiempo a continuación (vea reverso si se indica un periodo de tiempo)**

Periodo de tiempo solicitado - De la fecha:	A la fecha:
---	-------------

**Firma del empleador**

Firma del representante del empleador:	Título:	Teléfono:	FAX:	Fecha:
--	---------	-----------	------	--------

Nombre del empleado:	Número de Seguro Social del empleado:
----------------------	---------------------------------------

**Debe completar la siguiente información para el periodo de tiempo indicado en la casilla al frente de esta forma. Si necesita más espacio o si es más conveniente, puede substituir copias de la nómina del empleado.**

Fecha que recibió el pago	Sueldo bruto sin propina, bono o comisión	Propinas	Bono o comisión	Embargo	Deducción por manutención de hijos

**Más información solicitada**

Información solicitada:

Respuesta del empleador a la información solicitada:

**Firma del empleador**

Firma del representante del empleador:	Título:	Fecha:
--	---------	--------

Teléfono:	FAX:
-----------	------