



Estado de Utah
Departamento de Servicios Laborales
DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

OFICINA DE HEAT	<p>_____ ha solicitado beneficios al Programa de Asistencia Energética para el Hogar (HEAT, por sus siglas en inglés). Para completar su solicitud debemos verificar información sobre su salario para el mes y año de _____. Esta información es estrictamente confidencial y será usada únicamente para determinar su calificación en el Programa de Asistencia HEAT.</p> <p>Contacto en HEAT: _____ Oficina de HEAT: _____ Fecha: _____</p> <p>#Teléfono Oficina HEAT: _____ #Fax: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>
------------------------	--

CLIENTE	<p>AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE: <i>A ser completado por el cliente.</i> Yo, _____, verifico que los últimos cuatro dígitos de mi número de seguro social son ____ y doy permiso para que mi información de empleo sea proveída al programa HEAT.</p> <p>Firma del empleado: _____ Fecha: _____</p>
----------------	--

EMPLEADOR	<p>INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: <i>Debe ser llenado por el empleador.</i></p> <p>Nombre/Compañía: _____</p> <p># Telefónico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, C.P.: _____</p> <p>1. Certifico que la persona arriba nombrada es (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado actualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado terminado</p> <p>(Si fue terminado, hasta que fecha trabajó: _____, fecha de último pago: _____)</p> <p>2. Esta persona trabaja o trabajó para mí (marque uno): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo</p> <p>3. A este empleado se le paga/pagaba (marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> 2 x mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>4. El total de salarios bruto para el empleado antes de impuestos y otras deducciones durante el mes y año especificado arriba fue de \$_____.</p> <p>5. Durante el mes y año arriba especificado, se efectuaron las deducciones siguientes al salario del empleado: Médicas \$_____ Dentales \$_____ Pensión de Manutención \$_____ Pensión Alimenticia \$_____</p> <p>Por favor incluya copia impresa de salarios brutos del mes especificado si lo tiene.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre en letra imprenta: _____ Cargo: _____</p>
------------------	---

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas y servicios auxiliares para individuos discapacitados cuando así lo soliciten llamando al (801) 526-9240. Los individuos con impedimentos auditivos y/o del habla pueden llamar a "Relay Utah" discando 711. Los hispanoparlantes pueden llamar a la línea de ayuda en español (Spanish Relay Utah) al 1-888-346-3162.