



State of Utah
Department of Workforce Services
DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

OFICINA DE HEAT	_____ ha solicitado beneficios al Programa de Asistencia Energética para el Hogar (HEAT, por sus siglas en inglés). Para completar su solicitud debemos verificar la información sobre su salario para el mes y año (identificado abajo en el punto no. 4). Esta información es estrictamente confidencial y será usada únicamente para determinar su calificación en el Programa de Asistencia HEAT.
	Contacto en HEAT: _____ Oficina de HEAT: _____
	#Teléfono Oficina HEAT: _____ #Fax: _____
	Correo electrónico: _____

CLIENTE	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.
	Firma del empleado: _____ Fecha: _____

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

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria