

Sólo su empleador o el empleado de nóminas pueden completar y firmar este formulario.

Cómo utilizar este formulario

1. Envié el formulario completo al Departamento por correo, fax o correo electrónico.
2. Contáctenos si usted o su empleador tiene preguntas acerca a el formulario.

Comunicarse Con el Departamento

Correo: PO Box 83720 Boise, ID 83720-0026
Teléfono: 1-877-456-1233
Fax: 1-866-434-8278
Email: MyBenefits@dhw.idaho.gov

Información del Empleado (por favor escribir en letra de molde)

Nombre del Empleado: _____ NSS: _____

Información sobre el Sueldo

Fecha en que empezó el empleado:

<input type="checkbox"/> Pago por hora	\$	Por hora	Promedio del número de horas por semana:
<input type="checkbox"/> Salario mensual	\$	Por mes	Número de días trabajados por semana:
<input type="checkbox"/> Otro	\$	Por:	

Otro Ingreso

El empleado recibe: (Marque todas las que aplican)

Typo	Propinas	Vivienda/ servicios públicos	Comisiones	Bonos	Pago por horas extra
Cantidad	\$	\$	\$	\$	\$
¿Cada cuánto?					

¿Anticipa trabajo extra?

No Sí. De ser sí, estime el número de horas por semana: _____ por mes: _____

Si el empleado acaba de empezar a trabajar, fecha en que recibira su primerque: _____

Número de horas que este cheque cubre: _____

Información sobre la Fecha de Pago

El empleado recibe pago cada (marque una de las siguientes):

Semana Dos semanas Mes Dos veces al mes

¿Qué día de la semana? _____
 ¿Qué fecha? (por ej.: el 1ro y el 15) _____

Fecha y día de la semana en la que termina el período de pago. Fecha: _____ Día de la semana: _____

Número de días entre el último día del período de pago y la fecha en que recibe el pago: _____

Cambios Esperados

¿Espera que el número de horas aumente o disminuya? No Sí. De ser sí, ¿qué fecha? _____

Nuevo número de horas: _____ Por: _____

¿Espera que el pago aumente o disminuya? No Sí.

De ser sí, ¿qué fecha? _____ Nuevo pago: \$ _____ Por: _____

Información del Empleador (por favor escribir en letra de molde)

Si su empleado completó cualquier parte de este formulario, **NO LO FIRME**. Por favor, pídale al empleado que le provea otro formulario en blanco para que usted lo complete.

Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre del Negocio: _____ Email: _____

Dirección: _____

Firma: Por favor, pídale al empleado que le provea otro formulario en blanco para que usted lo complete.

Firma del empleador: _____ Fecha: _____