

**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
<b>Cantidad</b>	\$	\$	\$	\$	\$
<b>¿Cada cuánto?</b>					

¿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: \_\_\_\_\_