



## VERIFICACION DE EMPLEO

35 Rock Pointe Ln, Warrenton, VA 20186  
P.O. Box 3138, Warrenton, VA 20188  
[edocs@fauquierfreeclinic.org](mailto:edocs@fauquierfreeclinic.org)

**EMPLEADOR:** La siguiente informacion es confidencial y solamente para el uso de Fauquier Free Clinic. Para recibir servicios medicos, dentales, y de salud mental en Fauquier Free Clinic, su empleado debe presentar comprobante de sus ingresos. La informacion proporcionada se utiliza para verificar la elegibilidad del paciente para los servicios de la Clinica. Le agradecemos que complete este formulario a beneficio de su empleado.

### Informacion del Empleado

Nombre del Empleado: _____
Estatus del Empleado: _____ Tiempo Completo      _____ Medio Tiempo
Al Empleado se le Paga: _____ semanal      _____ quincenal      _____ mensual
Tarifa de Pago por Hora: \$ _____      Numero promedio de horas a la semana _____
Solo por DIA:    Establecer Monto \$ _____      Promedio de días a la semana _____
Si el empleado es un TRABAJADOR TEMPORAL, circule los meses en que se reduces las horas del empleado:
Ene    Feb    Mar    Abr    Mayo   Jun    Jul    Ago    Sept   Oct    Nov    Dic
Promedio de horas trabajadas a la semana durante estos meses _____

### Informacion del EMPLEADOR

Nombre del Empleador : _____
Nombre de Empresa: _____ (si corresponde)
Direccion del Empleador: _____
Numero del Empleador: _____
Firma del Empleador: _____      Fecha: _____