



Verificación de pérdida de ingresos/empleo

Fecha: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO:

Últimos cuatro dígitos del Número
del Seguro Social:

Nombre del empleador:

Nombre del supervisor:

Dirección del trabajo:

Número de teléfono del trabajo:

Fax del trabajo:

Fecha en que finalizó el empleo
o en que se redujeron las horas:

Fecha del último cheque:

Al empleado le ocurrió lo
siguiente (encierre una en
un círculo):

Lo despidieron por reducción de personal

Lo despidieron por otros motivos

Finalizó su trabajo temporal

Se redujeron sus horas de _____ a la semana a _____

Otro (explique):

Esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Sé que, si doy información falsa a propósito, podría quedar sujeto a procesamiento.

Firma de la persona que completa el formulario

Título de la persona que completa el formulario

Nombre de la empresa

Número de teléfono

***Suba el formulario completo en línea a su cuenta del portal debajo de
“additional documents” (documentos adicionales)
en <https://familyservices.floridaearlylearning.com/Account/LogOn>.
Tenga en cuenta que este formulario es un requisito para cada vez que el
cliente se haya desvinculado del empleo.**