CARE COMMUNITY CENTER
2510 N 17th STREET, SUITE 203, PO BOX 1030, ROGERS AR 72756
p: 479-246-0104 | f: 479-246-0110
www.carecc.org
501c3 EIN 462973383

"We Believe No One Should Be Hungry"

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

La información proporcionada en este formulario para el empleado listado se utiliza con el propósito de determinar la elegibilidad para servicios. Toda la información se mantiene confidencial.

Empleado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SSN/ITIN del Empleado: _____ Teléfono: _____

1. El empleado gana $ _____ por hora y trabaja _____ horas por semana.
2. El empleado es pagado: _____ Semanalmente ____ Quincenalmente (2 semanas) _____ Mensualmente _____
3. Reportado en _____ W-2 _____ 1099 _____ EFECTIVO_____
4. Por favor, liste los INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones) pagados a este empleado durante los últimos 90 días.

Período de Pago Finalizado (MM/DD/AAAA)	Horas Trabajadas	Salario Bruto

Nombre del Supervisor: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Empresa: _____

Dirección de la Empresa: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____