



353 6th Ave W
Bradenton, Florida 34205
Tel: (941) 755-3952
Fax: (941) 870-8503
WeCareManatee.org

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

(El empleador completa este formulario para verificar los ingresos si comprobantes de pago no están disponibles)

Fecha: _____

Yo, _____, confirmo que _____
(empleador) (empleado/cliente)

ha sido empleado de _____
(lugar de empleo)

por _____ meses o _____ años.

El empleado gana \$ _____ por hora y trabaja aproximadamente _____
horas por semana.

Nombre completo del empleador y su título: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección del negocio: _____

Número de teléfono del negocio: _____

(Firma del empleador)

(Tenga en cuenta, We Care Manatee tal vez tenga que contactar al Empleador por verificación oral también.)

El empleador sólo llena y firma esta carta. We Care Manatee no puede sugerir al empleador la fecha ni el monto que se ha de proveer.