

**Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)
Employment Verification Form**

WIC Staff Completes the Following:

LA/Site: _____ Telephone No.: _____ Fax No.: _____ FID#: _____

_____ is a member of a household applying for assistance
(Name of applicant or member of applicant's household)
or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

Employee Completes the Following:

I authorize the employer listed below to release the information on this form.

Signature of employee (applicant or member of applicant's household)

Date

Employer Completes the Following:

Company Name: _____ Telephone Number: _____

Address: _____
(Physical Address) (City) (State) (Zip Code)

1. Is the person named above currently employed with your company? Yes No Date Hired: _____
2. Hourly wage (complete only if paid hourly) \$ _____/hour
3. How often paid? Daily Weekly Every two weeks Twice monthly Monthly
4. Is the employee usually paid commission, overtime, or tips? Yes No

Section I. In the chart below, record the **gross** amount of income the person has received **within the last 30 days**.

Date Pay Period Ended (month/day/year)	Actual Hours	Gross Pay (prior to deductions)	Other Pay (e.g., tips, overtime, commission)

Section II. In the chart below, please provide an estimate of his/her gross pay for the pay period if the employee **has not** received his/her first paycheck.

Date Pay Period Ended (month/day/year)	Actual Hours	Estimated Pay (prior to deductions)	Other Pay (e.g., tips, overtime, commission)

I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or member of applicant's household can be removed from WIC, criminally prosecuted, or both. The above information may be verified by WIC officials.

Signature of person completing employer section of this form

Title

Date

Fax completed form to the WIC office.



This institution is an equal opportunity provider.

Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
Forma de verificación de empleo

WIC Staff Completes the Following:

LA/Site: _____ Telephone No.: _____ Fax No.: _____ FID#: _____

_____ is a member of a household applying for assistance
 (Name of applicant or member of applicant's household)
 or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

El empleado llena lo siguiente:

Yo autorizo al empleador nombrado a continuación a divulgar la información en esta forma.

 Firma del empleado (Solicitante o miembro del hogar del solicitante)

 Fecha

El empleador llena lo siguiente:

Nombre de Compañía: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____
 (Domicilio comercial) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

1. ¿Trabaja actualmente en su compañía la persona mencionada antes? Sí No Fecha de contratación: _____
2. Salario por hora (anótelos solo si le paga por hora) \$ _____/hora
3. ¿Cada cuánto le paga? a diario per semana cada dos semanas doc veces al mes cada mes
4. Por lo general, ¿recibe el empleado comisiones, horas extras o propinas? Sí No

Sección I. En la tabla a continuación, anote la cantidad de ingresos brutos que ha recibido la persona en los **últimos 30 días**.

Fecha en que terminó el periodo de pago (mes/día/ año)	Horas trabajadas	Pago bruto (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Sección II. En la tabla a continuación, dé una estimación de los ingresos brutos del periodo de pago si el empleado no ha recibido su primer cheque.

Fecha en que terminó el periodo de pago (mes/día/ año)	Horas trabajadas	Pago estimado (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Entiendo que si deliberadamente omito o doy información falsa, este solicitante o el miembro del hogar del solicitante podría dejar de participar en WIC, ser enjuiciado penalmente o ambas cosas. La información anterior podría ser verificada por representantes de WIC.

 Firma de la persona que llena la sección del empleador en esta forma

 Título

 Fecha

Puede enviar un formulario a la oficina de WIC.



This institution is an equal opportunity provider.