



**Employee Income Verification Form**

Dear Employer,

We are requesting verification of income for your employee to enable us to determine eligibility for Salud’s discount programs. Since recent employee check stubs are not available, we are requiring the following information:

**THIS FORM MUST BE COMPLETED BY THE EMPLOYER**

Date: \_\_\_\_\_

Employee Name: \_\_\_\_\_ Employee DOB: \_\_\_\_\_

Total monthly gross income: \$ \_\_\_\_\_

Company Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Employee Supervisor/HR Contact Name: \_\_\_\_\_

Employee Supervisor/HR Contact Signature: \_\_\_\_\_



**Forma para verificar ingresos del empleado**

Querido empleador,

Le pedimos que verifique los ingresos de su empleado para poder determinar elegibilidad para los programas de descuento de la clínica Salud. Debido a que no existen talones de cheque recientes del empleado, le pedimos la siguiente información:

**ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del empleado: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual bruto: \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor/contacto de HR: \_\_\_\_\_

Firma del supervisor/contacto de HR: \_\_\_\_\_