



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: _____