



VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Fecha de Hoy: _____ Nombre de su Consejero: _____

Nombre: _____ Num. de Identificación TWIST: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Num. de Teléfono: _____ Fax: _____

Tipo de Negocio: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha del Primer Sueldo: _____

Fecha de Terminación (si es temporal): _____

Supervisor: _____

Horas por Semana: _____ Sueldo: \$ _____ por Hora/Semana/Mes/Año

Frecuencia de Sueldo: Diario, Semanal, Bisemanal, Mensual, Bimensual

Beneficios: Sí o No Usted Tiene Empleo Ahora Mismo: Sí o No

(Firma del Cliente si fuera Necesario)

(Fecha de Hoy)

(Firma y Título de la Persona de Comprobación)

(Fecha de Hoy)

Puede presentar este formulario en persona en una de las oficinas de Workforce Solutions Cameron, o la puede enviar por correo electrónico a workforceprograms@wfscameron.org o por fax a xeroxscan@wfscameron.org.

Gracias por su cooperación. Si tiene alguna pregunta, contáctenos a workforceprograms@wfscameron.org o llame al 956-546-3141 (Brownsville) o al 956-423-9266 (Harlingen).

For Workforce Center Staff Use Only:
Information verified: w/Check Stubs Contact with employer Other _____ (Check one)