

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**  
**SOLICITUD DE INFORMACIÓN SALARIAL**

**DEVOLVER ANTES DEL:** \_\_\_\_\_

<b>De:</b> (Nombre del condado y dirección)	<b>Nombre del empleado:</b>
	<b>Últimos 4 dígitos del N.º de seguro social del empleado:</b> XXX-XX-_____
<b>Número de teléfono del condado:</b>	<b>Nombre del caso:</b> (si es diferente del nombre del empleado)
<b>Número de fax del condado:</b>	<b>Número de caso:</b>
<b>Para:</b> (Nombre del empleador)	<b>N.º de teléfono del empleador:</b>
<b>Dirección del empleador:</b>	<b>Número de fax del empleador:</b>

\_\_\_\_\_  
**Firma del funcionario autorizado de la agencia**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Comprendo que el Departamento de Servicios Sociales tiene en cuenta mis ingresos para determinar si mi familia califica para recibir asistencia. Por medio de la presente, autorizo a mi empleador a divulgar la siguiente información sobre mi salario.**

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Los puntos deben ser completados por el empleador para las fechas desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.**

- Fecha de inicio del empleo: \_\_\_\_\_. Si se trata de un trabajo nuevo, fecha en que recibió o recibirá el primer cheque \_\_\_\_\_
- Al empleado se le paga:  Semanalmente  Bisemanalmente  Quincenalmente  Mensualmente  Otro: \_\_\_\_\_
- Horas que debe trabajar por período de pago tras finalizar el período de capacitación: \_\_\_\_\_ Salario por hora: \_\_\_\_\_
- Si no se le paga por hora, salario previsto por **período de pago**: \_\_\_\_\_ ¿Se trata de un empleo estacional?  Sí  No
- Fecha(s) \_\_\_\_\_ **O** día de la semana en que el empleado suele recibir el pago:  Lu  Ma  Mi  Ju  Vi  Sa  Do
- Otros ingresos previstos no incluidos anteriormente (propinas, comisiones, etc.): \_\_\_\_\_.
- ¿Prevé algún cambio en la tarifa horaria o en las horas de trabajo?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el cambio y la fecha prevista del mismo: \_\_\_\_\_

**Enumere la información salarial a continuación:** salario bruto se refiere al total de los salarios ganados antes de cualquier deducción e incluye la parte que corresponde al empleado del seguro social pagada por el empleador a nombre del empleado.

Fecha de fin del período de pago	Fecha en que recibió el pago	Horas trabajadas	Salario bruto	Propinas, bonificaciones, comisiones no incluidas en el salario bruto	Cualquier beneficio, compensación laboral, discapacidad, maternidad		Pagos por enfermedad, despido y vacaciones	
					Tipo	Monto	Tipo	Monto

**Si el empleado está de permiso o es despedido,** indique el tipo de permiso: \_\_\_\_\_ Fecha del último cheque: \_\_\_\_\_

Monto bruto del último cheque: \_\_\_\_\_ Fecha en que el empleado debe regresar al trabajo: \_\_\_\_\_

**Si el empleo ha terminado,** indique la razón por la que terminó el empleo: \_\_\_\_\_

Fecha del último cheque: \_\_\_\_\_ Monto bruto del último cheque: \_\_\_\_\_

Firma y cargo de la persona que facilita la información: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

