

Declaración del empleador

[Nombre del empleador o compañía] _____

[Nombre de la persona que escribe la carta] _____

[Dirección del empleador o compañía] _____

[Número de teléfono del empleador o compañía] _____

[Fecha de la carta] _____

Access Health CT
PO Box 670
Manchester, CT 06045-0670

Estimado Access Health CT:

Certifico que [nombre y apellido(s) de la persona empleada o que recibe ingresos] _____
es/fue un empleado de [nombre de la compañía] _____
y que la siguiente información es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Estado de empleo (marque uno con un círculo)

Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Estacional _____

Historial de empleo

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____ (deje en blanco si actualmente está empleado)

Salario bruto (ingrese el monto donde corresponda)

Semanal: _____

Quincenal: _____

Mensual: _____

Ingresos anuales totales: _____

Atentamente,

[Nombre del empleador] _____

[Fecha en que se firmó, MM/DD/AA] _____

[Nombre impreso y cargo o puesto de la persona que firma la carta]
