

Formulario de verificación de empleo

Usar SOLO si el cónyuge/padre/tutor legal (no pareja de hecho) no recibe talones de pago de su empleador

Al firmar este documento, autoriza al empleador que se indica a continuación a compartir la información de su empleo y salario a los programas Screening for Life (SFL) y Health Care Connection (HCC). La información a continuación **SOLO** se usará para verificar la elegibilidad para los programas. Una vez que haya completado la sección del cónyuge/padre/tutor legal de SFL, presente el documento a su empleador actual. Entregue el formulario completo a la Oficina de SFL/HCC por correo electrónico a dhss_dph_healthaccessde@delaware.gov, por fax al **302-736-7940** o **302-739-2545**, o por correo a la **Oficina de SFL/HCC, División de Salud Pública, 540 S. DuPont Highway, STE. 11, Dover, DE 19901**

Nombre del solicitante de SFL: _____ N.º de identificación de SFL (si se le ha asignado): _____

Sección del cónyuge/padre/tutor legal de SFL

Yo, _____ (Nombre del cónyuge/padre/tutor legal de SFL), autorizo a mi empleador a compartir la información de mi empleo y salario con los Programas SFL y HCC con el propósito de verificar mi elegibilidad.

_____/_____/2025
Firma del cónyuge/padre/tutor legal de SFL (presencial) Fecha

Sección del empleador

(El empleador debe rellenar la siguiente sección *Un formulario por empleador*)

Nombre de la empresa: _____

Dirección de la empresa: _____

Cargo del empleado: _____

Frecuencia de pago (periodo de pago): Semanal Quincenal Mensual Semestral
 Anual

Tipo de ingresos: Por hora Tarifa: \$_____. _____ por hora
 Salario Salario: \$_____. _____ por periodo de pago

Total de horas por periodo de pago: _____ horas

Si el empleado es un trabajador por temporada, ¿cuántos meses está empleado con este nivel salarial? _____ meses

Nombre y cargo del empleador (letra de imprenta)

Teléfono de contacto del empleador

Firma del empleador (presencial)

_____/_____/2025
Fecha

**Cualquier alteración invalidará este documento*

SOLO PARA USO DE SFL/HCC

Verificado por (Nombre y cargo del empleado de SFL/HCC): _____

Empleador contactado (nombre y cargo): _____

Fecha de verificación: ____/____/2025

(Sello de la fecha de recepción de SFL/HCC arriba)