Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) Employment Verification Form

Local Agency Completes the Following:

_____(Name of applicant or member of applicant's household)_____ (Social Security number) is a member of a household applying for assistance or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is (or was) your employee, your assistance is needed. Please complete the following items.

Wage Earner Completes the Following:

I authorize the release of the following information:

_____ _____

Signature Date

Employer Completes Following:

1. Is the person named above employed ? ☐ Yes ☐ No
2. Hourly Wage (complete only if paid hourly) $ _____
3. How often paid ? ☐ Daily ☐ Weekly ☐ Every two weeks ☐ Twice Monthly ☐ Monthly
4. Is employee paid commission or tips? ☐ Yes ☐ No
5. Does employee receive overtime pay? ☐ Yes ☐ No

On the chart below, record the gross amount of income the person receives for _____pay periods (local agency fills in the number of pay periods needed to determine applicant's income).

For New Employees
Date Hired
Amount Employee Will Receive

For Terminated Employees
Date Terminated

Date Pay Period Ended	Actual Hours	Gross Pay	Other Pay (e.g., tips, commissions, overtime

Company/Employer Name:_____

Address:_____

_____

Phone:_____

I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or member of her household can be removed from WIC, criminally prosecuted, or both. The above information may be verified by WIC officials.

Signature of person completing this form

Title

Date

In accordance with federal law and the U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Ave. S.W., Washington, D.C. 20250-9410, or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal-opportunity provider and employer.

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
Verificación de Empleo

La Agencia Local Llena Esta Parte:

_____ (No. De Seguro Social)_____
es parte de un hogar que ha solicitado ayuda o gana dinero que afecta la solicitud de ayuda de otro hogar. Para determinar si su hogar puede recibir ayuda o no, debemos verificar todas las entradas económicas. Ya que esta persona trabaja o trabajó para usted, necesitamos su cooperación. Le rogamos que nos dé la siguiente información.

El Trabajador Llena Esta Parte:

Doy permiso para que esta información se dé a conocer:

_____ Firma

_____ Fecha

El Empleador Llena Esta Parte:

1. ¿Trabaja para usted la persona nombrada más arriba? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuánto gana por hora? (Complete solamente si se le paga por hora.) $_____
3. ¿Frecuencia de pago? ☐ Diaria ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ 1 vez al mes
4. ¿Esta empleada recibe comisión o propinas? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Gana sobretiempo? ☐ Sí ☐ No

En el gráfico de más abajo, por favor dénos la información que cubre los siguientes período de pago _____

Nuevos Empleados
Fecha contratación
Cantidad empleado recibirá

Empleados Despedidos
Fecha término empleo

Período de Pago Terminó	Horas Trabajadas	Sueldo Base	Otros Pagos (propinas, comisión, sobretiempo)

Nombre del Empleador o Compañía: _____

_____

Dirección: _____

_____

Telefono: _____

Tengo entendido que si deliberadamente omito o doy falsa información, la interesada y/o los residentes en su hogar pueden perder los beneficios de WIC o pueden recibir una acusación criminal, o ambos castigos. La información que he dado más arriba puede ser verificada por personal de WIC.

Firma de la persona que llenó este documento

Titulo

Fecha

En cumplimiento con lo establecido por las leyes federales y los reglamentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América (*USDA*), esta institución prohibe discriminar a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, favor de escribir al *USDA, Director,Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Ave.S.W., Washington, D.C. 20250-9410*, o llamar al (202) 720-5964 (sistema de voz o si tiene un impedimento auditivo). El *USDA* ofrece igualdad en las oportunidades de servicios y empleo para todos.