COUNTY OF HENRICO DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

P.O. Box 90775
Henrico. VA 23273-0775
Fax: (804)501-4006

Ty F Parr
Director

FORMULARIO DE VERIFICATON DE EMPLEO

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo la siguiente información al Departamento de Servicios Sociales.

_____ _____

Nombre del empleado de impresión Firma del empleado

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR SOLAMENTE

Información de empleo actual

Fecha de empleo: _____

Estado del empleado Antes de COVID-19: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ No Empleado

Frecuencia de pago: _____ _____

Fecha de la última comprobación recibida: _____

Tarifa por hora: _____

Promedio de horas trabajadas semanalmente pre-COVID-19: _____

Experimentó el empleado alguno de los siguientes impactos adversos como resultado de COVID-19:

☐ Despedido (Permanente)
☐ Horas reducidas
☐ Licencia Voluntaria Pagada de Ausencia
☐ Furloughed (Temporario)
☐ Pay Cut
☐ Licencia Voluntaria No Remunerada

☐ Compruebe aquí si el empleo no se vio afectado por COVID-19

Describa el impacto debido a COVID-19 para el empleado:

Fechas de impacto: _____ _____

Inicio final

Horas estimadas perdidas hasta la fecha: _____ Pérdida estimada de ingresos: _____

_____ _____

Nombre impreso de la persona que completa este formulario Título

_____ _____

Firma de la persona que completa este formulario Teléfono #