TO BE COMPLETED BY FSS/CM (PARA SER COMPLETADO POR FSS/CM)	
LOCAL OFFICE	DATE
HEAD OF HOUSEHOLD CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	

Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

DECLARACIÓN DE INGRESOS
STATEMENT OF EARNINGS

SECCIÓN I

La persona que se menciona a continuación recibe/ha recibido asistencia pública. Necesitamos saber lo que él/ella ganó mientras trabajaba para usted. El periodo de empleo es del _____ al _____. Enumere cada fecha de pago por separado, ingreso bruto y horas trabajadas para este periodo de tiempo. Un representante autorizado de su negocio debe firmar este formulario. Se adjunta un sobre de devolución para su comodidad. Gracias por sus rápida atención a este pedido.

Dirección del empleador

Si tiene preguntas, comuníquese con:

ESPECIALISTA EN SERVICIOS FINANCIEROS/ADMINISTRADOR DEL CASO

Número de teléfono:

☐ Esta compañía no empleó a esta persona durante el periodo en cuestión. Si marca esta casilla no conteste la Sección II.
Vaya a la Sección III y firme.

PLIEGUE

SECCIÓN II

NOMBRE DEL EMPLEADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CLASIFICACIÓN DEL EMPLEO O TIPO DE TRABAJO
PERIODO DE EMPLEO DEL: AL:	SI DEJÓ EL TRABAJO, ÚLTIMA FECHA DE EMPLEO	¿El empleado está de guardia? ☐ Sí ☐ No
¿Con qué frecuencia se le paga al empleado? ☐ Diaria ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otra:		

FECHAS DE PAGO	HORAS TRABAJADAS	INGRESO BRUTO, INCLUYENDO PROPINAS, RETIROS, COMISIONES	FECHAS DE PAGO	HORAS TRABAJADAS	INGRESO BRUTO, INCLUYENDO PROPINAS, COMIDAS, COMISIONES

SECCIÓN III

La declaración anterior incluye todos los salarios o sueldos pagados para las fechas de pago indicadas.

FIRMA	PUESTO	NÚMERO DE TELÉFONO

EMPLEADOR: DEVUELVA EL FORMULARIO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN.