

Número de Caso de CSE: \_\_\_\_\_

Progenitor no custodio: \_\_\_\_\_

Número de caso judicial: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Atención Departamento de Nóminas/Beneficios:

La orden de retención de ingresos/notificación de manutención (IWO) permanecerá en vigor hasta nuevo aviso. Por favor, complete la información solicitada a continuación y devuelva el Informe del Estado del Empleado a la dirección indicada en la IWO dentro de los 10 días siguientes a la fecha de esta carta:

1.  Recibimos la IWO relativa al empleado arriba mencionado el \_\_\_\_\_ .  
(Fecha)
2.  El trabajador arriba mencionado trabaja actualmente. La retención comenzará el \_\_\_\_\_.  
(Fecha)
3.  Nuestra nómina se emite:  Semanal  Quincenal  Mensual  Dos veces al mes el \_\_\_\_\_.  
(Fecha)
4.  El salario del empleado arriba mencionado se deposita directamente en \_\_\_\_\_.  
(Nombre de la entidad financiera)
5.  El \_\_\_\_\_, el empleado arriba mencionado:  fue despedido  voluntariamente dejó nuestro empleo [Fecha]
- se encuentra actualmente en situación de despido y se reincorporará al trabajo el \_\_\_\_\_.  
(Fecha estimada de reincorporación)
6.  El trabajador arriba mencionado trabaja actualmente en \_\_\_\_\_  
(Nombre de la empresa, si se conoce)
- \_\_\_\_\_.  
(Dirección, si se conoce)
7.  ¿Se proporciona cobertura de seguro médico a los dependientes?  Sí  No

Si lo prefiere, puede llamar a nuestra oficina al 1-866-901-3212.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información anterior es verdadera y correcta. Ejecutado el \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
(Fecha) (Ciudad) (Estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en

\_\_\_\_\_  
(Nombre del cargo)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Número de fax)