

VERIFICACIÓN DE SALARIO Y SEGURO

DCSS 0230 SPA (12/15/2024)

Número de caso de CSE:

Nombre del participante:

Nombre del empleador:

IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEADO/PARTICIPANTE DEL CASO

(Si tiene información diferente, escriba la nueva información en los espacios en blanco).

Nombre:	Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Número de teléfono:

INFORMACIÓN REQUERIDA**ESTADO LABORAL DEL EMPLEADO** (Marque todas las casillas correspondientes y complete la información solicitada).☐ **Nunca empleado** (Si nunca ha trabajado, no es necesario completar más el formulario. Simplemente firme la certificación en la página 3 y devuelva el formulario completo).☐ **Actualmente empleado:** ☐ Tiempo parcial ☐ Jornada completa ☐ Estacional

Fecha habitual de inicio de la temporada: _____

☐ **Contratista independiente**

Fecha habitual de finalización de la temporada: _____

Ocupación: _____

☐ **Ya no está empleado:** Última fecha de empleo: _____

Motivo de la rescisión del contrato de trabajo: _____

Nombre del nuevo empleador:	Nueva dirección del empleador:
-----------------------------	--------------------------------

¿Su empresa ha recibido una orden de retención de ingresos para apoyar a este empleado/contratista independiente? ☐ Sí ☐ No

¿Qué estado civil para fines de declaración de impuestos sobre la renta informa el empleado?

☐ Soltero(a) ☐ Jefe(a) de hogar ☐ Casado(a)

¿Cuántos dependientes declara el empleado para fines de retención del impuesto sobre la renta? _____

INGRESOS DEL EMPLEADO/CONTRATISTA INDEPENDIENTE

Próxima fecha de pago (Mes, Día, Año):	Frecuencia de pago (Marque una): ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual
Tarifa por hora (Si corresponde): \$ _____	Número de horas: _____
Deducción mensual por Jubilación obligatoria: \$ _____	Por Cuotas Sindicales Obligatorias: \$ _____
Nombre del sindicato:	Número local del sindicato:

Periodo de empleo: Desde (Mes, Día, Año): _____ Hasta (Mes, Día, Año): _____

VERIFICACIÓN DE SALARIO Y SEGURO

DCSS 0230 SPA (12/15/2024)

Número de caso de CSE:

Nombre del participante:

Nombre del empleador:

Por favor, complete los ingresos del empleado/contratista independiente correspondientes a los últimos 12 meses o adjunte una copia de la nómina o de los ingresos reportados en el formulario 1099 de esos meses. Si el empleado ha trabajado menos de 12 meses, proporcione la información correspondiente a los meses en los que sí tuvo ingresos.

☐ Marque si se adjunta una copia de la nómina o de los ingresos del formulario 1099.

☐ Marque si el empleado/contratista independiente ha trabajado menos de 12 meses.

Mes / Año	Bruto	Mes / Año	Bruto	Mes / Año	Bruto
Enero _____	\$ _____	Julio _____	\$ _____	Enero _____	\$ _____
Febrero _____	\$ _____	Agosto _____	\$ _____	Febrero _____	\$ _____
Marzo _____	\$ _____	Septiembre _____	\$ _____	Marzo _____	\$ _____
Abril _____	\$ _____	Octubre _____	\$ _____	Abril _____	\$ _____
Mayo _____	\$ _____	Noviembre _____	\$ _____	Mayo _____	\$ _____
Junio _____	\$ _____	Diciembre _____	\$ _____	Junio _____	\$ _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD (Nota para quien prepara el formulario: Si hay más de un plan disponible para el empleado, indique el plan de seguro de menor costo disponible para el empleado, incluso si es diferente del plan en el que el empleado está inscrito actualmente).

Marque todas las casillas correspondientes:

☐ No hay seguro médico disponible para: ☐ Empleado ☐ Dependientes del empleado

☐ El seguro de salud está disponible **sin costo** para: ☐ Empleado ☐ Dependientes del empleado

☐ **Costo total** para el empleado del **seguro de salud de menor costo** disponible para el empleado y todos sus dependientes asegurados:

El costo informado corresponde al período:

☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos semanas ☐ Semanalmente ☐ Otro

☐ Médico: \$ _____ ☐ Dental: \$ _____ ☐ Visión: \$ _____ ☐ Otros: \$ _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

(Enumere los nombres de todos los dependientes asegurados del empleado. Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio.)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VERIFICACIÓN DE SALARIO Y SEGURO

DCSS 0230 SPA (12/15/2024)

Número de caso de CSE:

Nombre del participante:

Nombre del empleador:

INFORMACIÓN SOBRE LA POLÍTICA

	MÉDICO	DENTAL	VISIÓN
Nombre de la compañía de seguros:			
Dirección postal:			
Número de teléfono:			
Número de póliza:			
Fecha de entrada en vigencia:			
Fecha de expiración:			

CERTIFICACIÓN DE REGISTRO

He completado personalmente este formulario, o he impreso y adjuntado registros que contienen **toda** la información de ganancias y beneficios del empleado solicitada en este formulario, de los registros de nómina bajo mi custodia y control. Soy consciente personalmente de que dichos registros se conservan en el curso normal de los negocios y que las entradas en ellos se realizan en el momento o cerca del momento de la condición o evento. He comparado los registros con la Verificación de Salario y Seguro anterior (DCSS 0230) y aseguro que la información que estoy proporcionando es precisa.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Nombre impreso	Firma	Ejecutado el (Fecha)
Título profesional	Dirección	
Nombre de la empresa u organización empresarial		
Número telefónico	Dirección de correo electrónico	
Número de Fax	FEIN (No proporcione SSN)	