



CONDADO DE LOS ANGELES - DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
SOCIOS COMUNITARIOS
MY HEALTH LA

Nombre del Empleador / Compañía:
Nombre (de la persona que escribe la carta):
Dirección:
Ciudad, Estado, Código postal:
Número de teléfono:

Fecha:

A quien le interese:

Usted ha sido identificado como el empleador de la persona mencionada anteriormente. Dado que él / ella no ha podido proporcionar a esta oficina la información de ingresos necesaria para determinar la elegibilidad para My Health LA, se nos ha solicitado que obtengamos esa información directamente.

Esta es una solicitud confidencial y su respuesta será tratada de la misma manera. De antemano le agradecemos su cooperación.

Certifico que _____ es un empleado de _____.
(Nombre de la persona que recibe los ingresos o empleado) (Nombre de la empresa)

_____ el ingreso bruto para este período de pago es \$ _____ y frecuencia de pago
(Nombre del empleado)
es **(una vez a la semana, dos veces al mes, cada dos semanas o una vez al mes).**

Certifico que la información presentada en esta carta es verdadera y correcta.

Atentamente,

Nombre: _____

Título de trabajo o posición: _____



Por favor complete la siguiente declaración de ganancias.

Salarios recibidos en el mes de: _____

Fecha de emision:					
Total:					
Impuestos Federales:					
Impuestos Estatales:					
FICA					
SDI					

Otras deducciones: por favor especifique (jubilación, cuotas sindicales, etc...):

Salarios recibidos en el mes de: _____

Fecha de emision:					
Total:					
Impuestos Federales:					
Impuestos Estatales:					
FICA					
SDI					

Otras deducciones: por favor especifique (jubilación, cuotas sindicales, etc...):

Por la presente, le autorizo a divulgar al Departamento de Servicios de Salud, My Health LA, la información específica solicitada sobre mis ingresos y deducciones.

(Nombre de la compañía)

(Firma del empleado) (Fecha)

(Dirección de la compañía)

(Firma del empleador) (Fecha)