

FORMULARIO DE
VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Este formulario de verificación de ingresos se utiliza para verificar los ingresos de empleo. **Si dispone de 30 días de talones de pago actuales, proporcione copias de estos.** Si trabaja por cuenta propia, complete la Declaración de Ingresos en Efectivo para Trabajadores por Cuenta Propia o envíe una hoja de pérdidas/ganancias actual (no de sus impuestos).

Una vez completado, suba este documento a su portal de miembros de SoonerCare o envíelo por correo a:

Oklahoma Health Care Authority
P.O. Box 548804
Oklahoma City, OK 73034

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre y apellidos del miembro:		Fecha de hoy:	
Complete uno de los siguientes cuadros:			
SoonerCare case #:		ID de Miembro#:	
		SSN#:	

Por favor, proporcione a Oklahoma Health Care Authority cualquier información solicitada de sus registros en relación con mi empleo.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa:			
Dirección del empleador:			
	(Dirección)	(Ciudad, Estado)	(Código postal)

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO

<i>Complete esta sección si el empleado/a trabaja actualmente para su empresa.</i>			
Nombre de la empresa:			
Fecha de contratación:		Fecha en que se recibió o se recibirá el primer cheque:	
Número de horas en el primer cheque:			
Monto bruto (<i>antes de impuestos</i>) del primer cheque:		\$	
¿ El primer cheque corresponde a un periodo de pago completo?		Sí	No
Número de horas trabajadas en una semana de trabajo regular:			
Salario por hora:	\$	Salario por horas extras:	\$
Elija la frecuencia de pago y cuándo:			
	Mensual, fecha de pago:		
	Cada dos semanas, fecha de pago:		
	Dos veces al mes, fechas de pago:		
	Semanal, día de pago:		
	Diariamente		
¿ El/la empleado/a está de licencia remunerada?		Sí	No
¿ Qué tipo de licencia remunerada?	<i>(médico, compensación laboral, incapacidad, etc.)</i>		
¿ Está el/la empleado/a actualmente con licencia sin sueldo?		Sí	No
Fecha prevista de regreso al trabajo:			

Enumere a continuación la información de los últimos 30 días de pago, incluidas las deducciones antes de impuestos. Si sabe la base imponible bruta, no indique las deducciones antes de impuestos.

Fecha en que se recibió el cheque	Salario bruto imponible	Monto bruto del cheque	Total deducciones antes de impuestos	401k- IRA antes de impuestos	Bonificaciones/comisiones, horas extras, otros

IRREGULAR

Complete esta sección si el empleado/a trabaja actualmente para su empresa y tiene un horario irregular.

¿Cuántos días al mes trabaja?:					
¿Cuántas horas ha trabajado en los últimos 30 días?:					
¿Cuál es su salario por hora?:	\$		Salario diario:	\$	
Elija la frecuencia de pago y cuándo:					
<input type="checkbox"/>	Mensual, fecha de pago:				
<input type="checkbox"/>	Cada dos semanas, fecha de pago:				
<input type="checkbox"/>	Dos veces al mes, fechas de pago:				
<input type="checkbox"/>	Semanal, día de pago:				
<input type="checkbox"/>	Diariamente				

Enumere a continuación la información de los últimos 30 días de pago, incluidas las deducciones antes de impuestos. Si sabe la base imponible bruta, no indique las deducciones antes de impuestos.

Fecha en que se recibió el cheque	Salario bruto imponible	Monto bruto del cheque	Total deducciones antes de impuestos	401k- IRA antes de impuestos	Bonificaciones/comisiones, horas extras, otros

CONTRATISTA 1099 O PAGADO EN EFECTIVO

Trabajo como:	<input type="checkbox"/>	Contratista 1099	<input type="checkbox"/>	Persona pagada en efectivo
¿Cuál es su salario por hora?:				
Horas que trabaja a la semana:				
con qué frecuencia recibe pago y cuándo:				
<input type="checkbox"/>	Mensual, fecha de pago:			
<input type="checkbox"/>	Cada dos semanas, fecha de pago:			
<input type="checkbox"/>	Dos veces al mes, fechas de pago:			
<input type="checkbox"/>	Semanal, día de pago			
<input type="checkbox"/>	Diariamente			

