



4. Que tan seguido recibe su pago?  
 Diario  Semanal  Cada dos Semanas  Dos Veces al mes  Mensual  Otro
5. Que día de la semana recibe su pago?

Lunes  Martes  Miercoles  Jueves  Viernes  Sabado  Domingo

6. Tu compañía ayuda a pagar por cuidado del Niño? Si Si,

Con cuanto? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

7. Este individuo tiene cobertura de seguro de salud?  Si  No Si si, completa la siguiente informacion:

Nombre de la compañía de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_, y la fecha de vigencia de la cobertura \_\_\_\_\_

Personas incluidas en la cobertura: \_\_\_\_\_

**Si El Individuo Ya No Es Empleado Por Usted, Complete La Siguiente Informacion:**

8. Razón por terminación de empleo:

Abandono  Despedido  Suspendido  Otro \_\_\_\_\_

Fecha en que el empleo se terminó: \_\_\_\_\_

Fecha en que el cheque de pago final se recibio: \_\_\_\_\_

Cantidad de ingreso bruto que se recibio durante el último mes de empleo: \$ \_\_\_\_\_

Si el empleado abandonó, cuál fué la razon que dio el empleado? \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR, Por Favor Firma Abajo Y Regresa Por Correo A Wilson County Partnership for Children P.O. Box 2661, OH FAX A 252-206-4245, attn. Shalonda Holley**

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Compañía                      Nombre y titulo de la persona completando la forma                      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Direccion de Compañía                      Numero de Telefono

\_\_\_\_\_  
 Ciudad                      Estado                      Código Postal

**Gracias por tu ayuda en éste asunto. Si tienes alguna pregunta de esta forma, por favor contacta a Shalonda Holley, al 252-206-4235 extencion 115, or [Shalonda.holley@wilsonpfc.org](mailto:Shalonda.holley@wilsonpfc.org)**