

Formulario de Solicitud del Empleado

INFORMACIÓN DE SOLICITUD

Nombre: _____ Número de Empleado: _____ Fecha Solicitada: _____

¿Es esta una solicitud para completar un Formulario? Sí No ¿Es esta una solicitud para solicitar una carta? Sí No

Carta dirigida a (*Si nada indicado, la carta será dirigida al empleado*): _____

Por favor indique toda la información necesaria o detalles adicionales:

Información de Recursos Humanos

- Fecha de Contratación
- Horas programadas por semana

Información de Nomina de Sueldo

- Pago de Salario
- Historial de Salario (*Detalles del historial necesitado*): _____

Otra Información

- Otras (Describá Por Favor): _____

**Nota: Puede iniciar a sus talonarios de pago en su cuenta de Paycom.

INSTRUCCIONES DE ENTREGA

- Recoger en persona
- Fax Atención: _____ Número de Fax: _____
- Correo Dirección: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Todas las solicitudes de verificación serán terminadas dentro de las 48 horas de recibirse

Al firmar este formulario, usted autoriza a MCFI Home Care de revelar la información indicada, a las personas identificadas.

Firma de Empleado: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Fecha de recibo: _____ Fecha de Terminación: _____

Completado por: _____