

A ser rellenado por el empleado:

Nombre del empleado:		Nº de Seguridad Social:	
Dirección del empleado:		Ciudad, estado y código postal	

Por la presente autorizo al contratador a continuación para que divulgue s UF & Shands Healthcare la información solicitada acerca de mis ingresos y mi estado laboral.

Firma del empleado

Fecha

A ser rellenado por la empresa/contratante

A quien corresponda:

El empleado (o un miembro de su familia) anteriormente listado, ha solicitado recibir servicios de UF Health. Para poder determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia para los servicios recibidos, es necesario verificar sus ingresos brutos y su estado laboral. Con la autorización firmada por su empleado, por favor proporcione los datos a continuación.

Nombre de la empresa: _____

Nombre del contratante: _____

Dirección de la empresa/contratante: _____

Fecha de la contratación: _____ Nº de teléfono: (_____) _____

Ingresos brutos en lo que va de año: \$ _____ a fecha de: _____

Si el empleado ya no está trabajando o está de baja laboral/excedencia, por favor indique el último día que trabajó: _____

Nombre de la persona que proporciona esta información (nombre escrito en letra de molde): _____

Firma del contratante: _____

Título: _____ Fecha: _____

SI ES POSIBLE, ADJUNTE SU TARJETA DE VISITA O PONGA EL SELLO DE LA EMPRESA.

Conforme a la sección 817.50 de la Ley Pública de los Estatutos de Florida, proporcionar datos falsos para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios, es un delito de segundo (2º) grado.