

Documentos para verificar elegibilidad de Covered California

Ingreso Anual Ingreso obtenido – Sueldo

Muestra de Declaración del Empleador

[Nombre del empleador o compañía]
[Nombre de la persona escribiendo la carta]
[Dirección de la compañía]
[Ciudad, Estado, Código Postal]
[Número de teléfono]

[Fecha de hoy]

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA, 95798-9725

Estimado Covered California:

Yo certifico que [nombre de la persona empleada o que recibe ingresos] es (*o era*) un empleado de [nombre de la compañía]. El ingreso bruto de [nombre del empleado] para este período es (*o fue*) \$[cantidad de pago], y la frecuencia de pago es (*fue*) [semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual]. La fecha efectiva de pago [fecha efectiva] y la fecha final de paga (*si aplica*) es [fecha final]. Esta carta no garantiza empleo o salario.

La información proporcionada es verdadera y correcta hasta mi mejor entendimiento.

Sinceramente,

[Firma del empleador]
[Fecha de firma, MM/DD/AA]
[Nombre impreso de la persona firmando la carta]
[Título oficial]