**Verificación de empleo**

**Nombre del cliente:**       **No.de ID del caso:**       **Consejero:**

**Empleador que emite el cheque de pago:**

**Lugar del empleo** (nombre de la empresa donde se realiza el trabajo si es distinta del emisor del cheque de pago):

**Dirección:**

**Supervisor:**       **Teléfono:**

**Fecha de inicio:** (*fecha en la que el cliente comienza a percibir un salario):*

**Tarifa de pago:**       [ ]  por hora [ ]  semanal [ ]  mensual

[ ]  **Jornada de tiempo completo** [ ]  **Jornada de tiempo parcial** (Nº de horas semanales):

 En caso de tiempo parcial: [ ]  Número establecido de horas semanales

 [ ]  El número de horas semanales varía: **No. Mínimo**       **No. Máximo**

**Horario laboral:** [ ]  **Varía por semana** [ ]  **Horario regular** (días y horas):

**Prestaciones:** [ ]  Seguro de salud **En caso afirmativo**, cliente elegible:

[ ]  Primer día [ ]  Tres meses [ ]  Seis meses [ ] N/A

[ ]  Vacaciones anuales [ ]  Permiso por enfermedad [ ]  Plan de jubilación

[ ]  Feriados pagados [ ]  Otros

**Período de prueba:** [ ]  Tres meses [ ]  Seis meses [ ]  Un año [ ]  N/A [ ]  Otro

**Título del puesto:**

**Funciones del puesto** (adjunte una descripción del puesto o descríbalas a continuación):

*Nota: Si no se obtiene la firma del empleador, se requiere una copia del talón de pago del cliente (tan pronto como esté disponible).*

**Firma del cliente/representante Fecha:**

(Indica que el cliente está de acuerdo con el trabajo descrito anteriormente)

**Firma del empleador**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fecha:**

**Firma del promotor del trabajo Fecha:**

Sírvase presentar el formulario completado al Consejero de Rehabilitación de referencia en BVR