**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