

**FORMULARIO DE  
VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

Este formulario de verificación de ingresos se utiliza para verificar los ingresos de empleo. **Si dispone de 30 días de talones de pago actuales, proporcione copias de estos.** Si trabaja por cuenta propia, complete la Declaración de Ingresos en Efectivo para Trabajadores por Cuenta Propia o envíe una hoja de pérdidas/ganancias actual (no de sus impuestos).

Una vez completado, suba este documento a su portal de miembros de SoonerCare o envíelo por correo a:

**Oklahoma Health Care Authority**  
**P.O. Box 548804**  
**Oklahoma City, OK 73034**

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

Nombre y apellidos del miembro:	Fecha de hoy:	
Complete uno de los siguientes cuadros:		
SoonerCare case #:	ID de Miembro#:	SSN#:

Por favor, proporcione a Oklahoma Health Care Authority cualquier información solicitada de sus registros en relación con mi empleo.

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

Nombre de la empresa:	(Dirección)	(Ciudad, Estado)	(Código postal)
Dirección del empleador:			

**INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO**

*Complete esta sección si el empleado/a trabaja actualmente para su empresa.*

Nombre de la empresa:			
Fecha de contratación:	Fecha en que se recibió o se recibirá el primer cheque:		
Número de horas en el primer cheque:			
Monto bruto ( <i>antes de impuestos</i> ) del primer cheque:	\$		
¿ El primer cheque corresponde a un periodo de pago completo?	Sí		No
Número de horas trabajadas en una semana de trabajo regular:			
Salario por hora: \$	Salario por horas extras:	\$	
Elija la frecuencia de pago y cuándo:			
Mensual, fecha de pago:			
Cada dos semanas, fecha de pago:			
Dos veces al mes, fechas de pago:			
Semanal, día de pago:			
Diariamente			
¿ El/la empleado/a está de licencia remunerada?	Sí		No
¿Qué tipo de licencia remunerada?	(médico, compensación laboral, incapacidad, etc.)		
¿Está el/la empleado/a actualmente con licencia sin sueldo?	Sí		No
Fecha prevista de regreso al trabajo:			

Enumere a continuación la información de los últimos 30 días de pago, incluidas las deducciones antes de impuestos. Si sabe la base imponible bruta, no indique las deducciones antes de impuestos.

Fecha en que se recibió el cheque	Salario bruto imponible	Monto bruto del cheque	Total deducciones antes de impuestos	401k- IRA antes de impuestos	Bonificaciones/comisiones, horas extras, otros

### IRREGULAR

Complete esta sección si el empleado/a trabaja actualmente para su empresa y tiene un horario irregular.

¿Cuántos días al mes trabaja?:			
¿Cuántas horas ha trabajado en los últimos 30 días?:			
¿Cuál es su salario por hora?: \$	\$	Salario diario:	\$
Elija la frecuencia de pago y cuándo:			
Mensual, fecha de pago:			
Cada dos semanas, fecha de pago:			
Dos veces al mes, fechas de pago:			
Semanal, día de pago:			
Diariamente			

Enumere a continuación la información de los últimos 30 días de pago, incluidas las deducciones antes de impuestos. Si sabe la base imponible bruta, no indique las deducciones antes de impuestos.

Fecha en que se recibió el cheque	Salario bruto imponible	Monto bruto del cheque	Total deducciones antes de impuestos	401k- IRA antes de impuestos	Bonificaciones/comisiones, horas extras, otros

### CONTRATISTA 1099 O PAGADO EN EFECTIVO

Trabajo como:	Contratista 1099	Persona pagada en efectivo
¿Cuál es su salario por hora?:		
Horas que trabaja a la semana:		
con qué frecuencia recibe pago y cuándo:		
Mensual, fecha de pago:		
Cada dos semanas, fecha de pago:		
Dos veces al mes, fechas de pago:		
Semanal, día de pago		
Diariamente		



Enumere a continuación la información de los últimos 30 días de pago, incluidas las deducciones antes de impuestos. Si sabe la base imponible bruta, no indique las deducciones antes de impuestos.

Fecha en que se recibió el cheque	Salario bruto imponible	Monto bruto del cheque	Total deducciones antes de impuestos	401k- IRA antes de impuestos	Bonificaciones/comisiones, horas extras, otros

### INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO TERMINADO

Si el empleado/a ya no trabaja para su empresa, proporcione la siguiente información:

Nombre de la empresa empleadora:	
Fecha final de empleo:	
Total de ingresos brutos ( <i>antes de impuestos</i> ) obtenidos en el último mes de empleo: \$	
Monto bruto ( <i>antes de impuestos</i> ) del último cheque:	\$
Fecha de su último cheque:	

### FIRMA DEL EMPLEADOR

Nombre impreso del empleador	Firma del empleador
Fecha de hoy:	Teléfono de contacto:

### FIRMA DEL MIEMBRO

La información que proporciono en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Soy consciente de que si proporciono información que no es verdadera u oculto información, puedo ser sancionado legalmente por fraude y/o perjurio. También es posible que tenga que reembolsar al Estado de Oklahoma cualquier pago o reclamo incurrido que haya sido pagado en base a las declaraciones que hice en este documento. (OAD 317:35-13-6 and OAC 317:35-13-7).

**La firma debe ser manuscrita o dibujada con el cursor. Las firmas mecanografiadas no son válidas.**

Firma del miembro o del representante autorizado

Por favor, cargue este documento en su portal de miembro SoonerCare o envíelo por correo a:

**Oklahoma Health Care Authority**

**P.O. Box 548804**

**Oklahoma City, OK 73034**