

INFORME DE LAS GANANCIAS DEL EMPLEADO

EL PORTADOR RECIBIÓ LA FECHA

PRECAUCIÓN EL INCIDENTE O LA DENEGACIÓN DEL EMPLEADO DE TERMINAR, DE FIRMAR, Y DE VOLVER ESTE INFORME EN EL PLAZO DE 21 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DEL RECIBO DE LA PETICIÓN PUEDE CAUSAR EL PAGO DE VENTAJAS A LA PARADA HASTA QUE LLENADA EL FORMULARIO SE EQUIPE AL PARTIDO DE LA PETICIÓN.

POR FAVOR IMPRESIÓN O TIPO **NÚMERO DE LA DEMANDA:** _____

I. IDENTIFICACIÓN DE PARTIDOS (ser terminado solicitando el partido)		
Nombre Del Empleado (Primero, Último Medio)	NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL EMPLEADO	FECHA DEL ACCIDENTE
DIRECCIONAMIENTO DEL EMPLEADO	NOMBRE Y DIRECCIONAMIENTO DEL PATRÓN DEL ACCIDENTE	CARRIER/SVC. Co. NOMBRE Y DIRECCIONAMIENTO

II. AVISO AL EMPLEADO	
LA LEY DE LA REMUNERACIÓN DE TRABAJADORES REQUIERE A TODAS LAS PERSONAS QUE RECIBEN O QUE DEMANDAN LAS VENTAJAS PARA LA INHABILIDAD TEMPORAL Y/O LA INHABILIDAD TOTAL PERMANENTE PARA SEÑALAR TODAS LAS GANANCIAS DE CUALQUIER NATURALEZA AL EMPLOYER, A LOS INSURANCE COMPANY Y/O A LA DIVISION DE LA REMUNERACION DE TRABAJADORES. Termine por favor este informe y vuélvalo al partido de la petición en el plazo de 21 días después de la fecha de su recibida.	
PERÍODO QUE SE SEÑALARÁ DE _____ PARA _____	USTED HA RECIBIDO RENTA DE FUENTE CON EXCEPCIÓN DE LA REMUNERACIÓN DE TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SI (SI SÍ, TERMINE LA FORMA, LA MUESTRA, LA FECHA, Y LA VUELTA) <input type="checkbox"/> NINGÚN (SI NO, MUESTRA, FECHA Y VUELTA)

EN CASO DE NECESIDAD, ASOCIE LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL DE LAS GANANCIAS				
III. TIENE USTED LAS GANANCIAS RECIBIDAS DE CUALQUIER PERSONA, FIRM OR COMPANY DURANTE EL PERÍODO EN LA SECCIÓN II?				<input type="checkbox"/> SI (SI INFORMACIÓN SI COMPLETA ABAJO) <input type="checkbox"/> NINGÚN
NOMBRE DE PERSON/FIRM/COMPANY	DIRECCIONAMIENTO	PERÍODO TRABAJADO		TOTAL GRUESO GANANCIAS
		DE	PARA	

IV. DURANTE EL PERÍODO EN LA SECCIÓN II, USTED HA SIDO INDEPENDIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NINGÚN			DESCRIBA ABREVIADAMENTE LA NATURALEZA DEL NEGOCIO O MANTÉNGALA		
FECHAS INDEPENDIENTES		SALARIOS, RENTA O VENTAJAS RECIBIDAS	FECHAS INDEPENDIENTES		SALARIOS, RENTA O VENTAJAS RECIBIDOS
DE	PARA		DE	PARA	

V. DURANTE EL PERÍODO EN LA SECCIÓN II, TÉNGALE RECIBIDO VENTAJAS DE SEGURIDAD SOCIAL?			<input type="checkbox"/> SI (SI SÍ, EL ESTADO ASCIENDE) <input type="checkbox"/> NINGÚN
RENDA MENSUAL TOTAL SOCIAL DE LA SEGURIDAD	CANTIDAD PAGADA SU INHABILIDAD	LA CANTIDAD PAGÓ SUS DEPENDIENTES	

VI. DURANTE EL PERÍODO EN LA SECCIÓN II, TÉNGALE RECIBIDA LOS SALARIOS, RENTA, O LAS VENTAJAS DE CUALQUIER OTRA FUENTE, es decir ventajas de la remuneración de desempleo, remuneración de trabajadores Las ventajas forman otro portador, etc.? Asocie la documentación adicional en caso de necesidad.			<input type="checkbox"/> SI SI SÍ, EL ESTADO ASCIENDE <input type="checkbox"/> NINGÚN
VENTAJAS DEL PERÍODO RECIBIDAS		TOTAL CANTIDAD	
FUENTE DE SALARIOS, DE LA RENTA O DE VENTAJAS	DE	PARA	

Cualquier persona, que con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar, o engañar cualquier patrón, o el empleado, el programa de la compañía de seguros o de los uno mismo-asegurados, ficheros una declaración de la demanda que contiene cualquier información falsa o engañosa sea culpable de un crimen del tercer grado.

HE REPASADO, ENTIENDO, Y RECONOZCO EL ANTEDICHO. ESTA INFORMACIÓN ESTÁ VERDAD Y CORRECTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL EMPLEADO _____ FECHA _____

VII. VUELTA A (ser terminado solicitando el partido):		
SOLICITANDO EL NOMBRE DEL PARTIDO	SOLICITANDO LA FIRMA DEL PARTIDO	SOLICITANDO EL DIRECCIONAMIENTO Y EL TELÉFONO DEL PARTIDO
TÍTULO	FECHA	