

Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) Employment Verification Form

WIC Staff Completes the Following:

_____ is a member of a household applying for assistance
(Name of applicant or member of applicant's household)
or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

Employee Completes the Following:

I authorize the employer listed below to release the information on this form.

Signature of employee (applicant or member of applicant's household)

Date

Employer Completes the Following:

Company/Employer _____ Telephone No. _____

Address: _____
(Physical Address) (City) (State) (Zip Code)

1. Is the person named above currently employed with your company? ☐ Yes ☐ No Date Hired: _____
2. Hourly wage (complete only if paid hourly) \$ _____ /hour
3. How often paid? ☐ Daily ☐ Weekly ☐ Every two weeks ☐ Twice monthly ☐ Monthly
4. Is the employee usually paid commission, overtime, or tips? ☐ Yes ☐ No

Section I. In the chart below, record the gross amount of income the person has received **within the last 30 days**.

Date Pay Period Ended	Actual Hours	Gross Pay (prior to deductions)	Other Pay (e.g., tips, overtime, commission)

Section II. In the chart below, please provide an estimate of his/her gross pay for the pay period if the employee **has not** received his/her first paycheck.

Date Pay Period Ended	Actual Hours	Estimated Pay (prior to deductions)	Other Pay (e.g., tips, overtime, commission)

I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or member of applicant's household can be removed from WIC, criminally prosecuted, or both. The above information may be verified by WIC officials.

Signature of person completing employer section of this form

Title

Date

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by:

1. mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax: (202) 690-7442; or
3. email: program.intake@usda.gov.



Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Forma de verificación de empleo

WIC Staff Completes the Following:

_____ is a member of a household applying for assistance
(Name of applicant or member of applicant's household)
or has income that affects another household's application for assistance. To determine the household's eligibility, we must verify all earnings. Since this person is your employee, your assistance is needed.

El empleado llena lo siguiente:

Yo autorizo al empleador nombrado a continuación a divulgar la información en esta forma.

Firma del empleado (Solicitante o miembro del hogar del solicitante)

Fecha

El empleador llena lo siguiente:

Compañía/Employador _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección:

(Domicilio comercial)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

1. ¿Trabaja actualmente en su compañía la persona mencionada antes? ☐ Sí ☐ No Fecha de contratación: _____
2. Salario por hora (anótelos solo si le paga por hora) \$ _____/hora
3. ¿Cada cuánto le paga? ☐ a diario ☐ por semana ☐ cada dos semanas ☐ dos veces al mes ☐ cada mes
4. Por lo general, ¿recibe el empleado comisiones, horas extras o propinas? ☐ Sí ☐ No

Sección I. En la tabla a continuación, anote la cantidad de ingresos brutos que ha recibido la persona en los últimos 30 días.

Fecha en que terminó el periodo de pago	Horas trabajadas	Pago bruto (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Sección II. En la tabla a continuación, dé una estimación de los ingresos brutos del periodo de pago si el empleado no ha recibido su primer cheque.

Fecha en que terminó el periodo de pago	Horas trabajadas	Pago estimado (antes de restar las deducciones)	Otros pagos (por ejemplo, propinas, horas extras, comisiones)

Entiendo que si deliberadamente omito o doy información falsa, este solicitante o el miembro del hogar del solicitante podría dejar de participar en WIC, ser enjuiciado penalmente o ambas cosas. La información anterior podría ser verificada por representantes de WIC.

Firma de la persona que llena la sección del empleador en esta forma

Título

Fecha

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax: (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov.

