

Junta de Compensación a las Víctimas de Delitos
 500 Mero St., Frankfort, KY 40601
 crimevictims@ky.gov
 502-782-8255

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Complete sólo si se solicita por pérdida de salario/pérdida de sustento.

Solo el EMPLEADOR debe completarlo y firmarlo. Este formulario debe estar certificado ante notario.

Nombre del empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha del crimen: _____ La víctima estaba empleada en el momento del delito () Sí () No

Si TRABAJA POR CUENTA PROPIA, adjunte copias de los impuestos estatales y federales correspondientes al período de dos años anterior al delito.

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

 DIRECCIÓN Ciudad Estado Código postal

La víctima perdió tiempo de trabajo debido a lesiones relacionadas con el delito: () Sí () No

Si es así, desde _____ a _____

Los artículos que se enumeran a continuación se considerarán cantidades semanales:

Ganancias brutas: \$ _____ Ganancias netas para llevar a casa por semana: \$ _____

Impuesto federal retenido: \$ _____ Impuesto estatal retenido: \$ _____ Seguridad Social retenida: \$ _____

Otras deducciones (detalladas): \$ _____ Días típicos trabajados por semana: L/M J/V Sáb Dom Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Por favor, circule

La víctima ha regresado al trabajo: () Sí () No

El salario de la víctima continuó mientras estaba fuera del trabajo: () Sí () No

Si la víctima continuó recibiendo su salario mientras estaba fuera del trabajo, complete lo siguiente:

Deducciones	Cantidad por semana	Fecha de inicio \$ \$	Fecha de finalización
Compensación de trabajadores	\$		
Desempleo	\$		
Seguros – Salud	\$		
Seguros – Otros	\$		
Vacaciones	\$		
Enfermo	\$		
Grupo de empleadores	\$		
Discapacidad	\$		
Unión	\$		
Otro			

 Nombre y cargo del empleador

 Firma del empleador

Lo siguiente deberá ser completado por un Notario:

SUSCRITO Y JURADO ANTE MÍ POR _____

ESTE _____ DÍA DE _____, 20____

MI COMISIÓN EXPIRA: _____

Firma: _____

Sello o timbre fijado aquí