

INFORME DE EMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

N.º de pensión

Brinde la información sobre sus ingresos para los períodos que se indican a continuación. La tergiversación de la información solicitada constituye fraude y es una violación de la legislación de Nevada.

Se entiende por “ingresos” los salarios, incluyendo horas extra, comisiones, sueldo, vacaciones, días festivos y licencias por enfermedad, pago por despido, bonificaciones, propinas declaradas con el fin de recibir el seguro de compensación para trabajadores a partir del 1 de julio de 1985, u otras remuneraciones recibidas de un empleador por los servicios prestados.

MES	AÑO	MONTO DE LOS INGRESOS
1. _____	_____	\$ _____
2. _____	_____	\$ _____
3. _____	_____	\$ _____
4. _____	_____	\$ _____
5. _____	_____	\$ _____
6. _____	_____	\$ _____
7. _____	_____	\$ _____
8. _____	_____	\$ _____
9. _____	_____	\$ _____
10. _____	_____	\$ _____
11. _____	_____	\$ _____
12. _____	_____	\$ _____

Por el presente declaro que la información sobre ingresos brindada anteriormente es correcta según mi leal saber y entender, y que no ha habido ocultamiento intencional, evasión ni exageración de dicha información.

Firma _____ Fecha _____ (mes, día, año)

Nombre _____ N.º de Seguro Social _____

Dirección (apartado de correos/apartamento/calle) _____