

From Payvision

Nuestra compañía esta participando en un programa para dar credito federal a las empresas que emplean a personas que han recibido ayuda del gobierno. Esta informacion es estrictamente confidencial y solo sera usada para asegurar el credito.

**Empleado Por Favor Llene Esta Seccion**

**Nombre** \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nombre

**Direccion** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Zona Postal** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**Seguro Social** \_\_\_\_\_ **To be completed by employer:**

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Job Title** \_\_\_\_\_ **Salary** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE UNA RESPUESTA POR CADA PREGUNTA:**

- 1. Es usted miembro de una familia que a recibido ayuda temporal para familias necesitadas (TANF) o ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC) por nueve meses durante los 18 meses antes de la fecha de empleo** **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ Numero de caso \_\_\_\_\_  
 Consejero del Caso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

- 2. Es usted veterano de las fuerzas armadas y miembro de una familia que a recibido cupones de alimento por lo menos tres meses dentro de quince meses antes de la fecha de empleo** **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Si es asi, necesitamos una copia de su forma DD-214 para nuestros archivos, si no tiene una copia, llame a nuestras oficinas (1-866-236-0001) y nosotros le conseguiremos una copia.

- 3. Miembro de familia con ingresos bajos que a sido convicto de algun crimen en los ultimos 12 meses?**

**SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Si es asi, fecha de encarcelacion \_\_\_\_\_ fecha de libertad \_\_\_\_\_  
 Para poder procesar esta aplicacion por favor llame a nuestras oficinas al telefono 1-866-236-0001

- 4. A recibido usted alguna ayuda de alguna agencia de rehabilitacion vocacional aprobada por el estado o por los veteranos?** **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Consejero \_\_\_\_\_

- 5. Es usted miembro de una familia que a recibido cupones de alimento por seis meses antes de la fecha de empleo o que a recibido cupones de alimento por tres meses dentro de los cinco meses antes de la fecha de empleo pero que ya no es eligible para recibir cupones de alimento.** **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ Numero del caso \_\_\_\_\_  
 Relacion \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_

- 6. Un individuo que a recibido sueldo adicional de la seguridad social (SSI) sesenta dias antes de la fecha de empleo** **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

- 7. Es usted miembro de una familia que a recibido AFDC o TANF beneficios por lo menos de 18 meses o recibio AFDC o TANF beneficios por cualquier 18 meses empesando despues del 5 de Agosto, 1997 o paro siendo eligible para recibir AFDC o TANF pagos despues del 5 de Agosto, 1997 porque la ley Federal y Estatal pone limites a la cantidad de tiempo que esos pagos se pueden recibir.** **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Autorizacion para la revelacion de informacion del Aplicante: Por la presente autorizo a mi patron/empresario, el representante de mi empresario, o el Departamento de Labor Estatal a que optengan informacion de mis records para que determinen mi elegibilidad.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**