

Employment Verification Letter / Carta de Verificación de Empleo

ENGLISH: The Community of Hope Health Clinic has received an application from the below named person to receive free health care services at our clinic and they have identified you as their employer or their spouse's employer. Your cooperation in verifying their employment status is greatly appreciated. The Community of Hope Health Clinic is a nonprofit, volunteer based clinic that provides free primary care to Shelby county residents. The information that we are requesting is for the sole purpose of determining eligibility for our program. This information is confidential and will not be disseminated to any other entity at any time.

ESPAÑOL: La Clínica Comunidad de la Esperanza ha recibido una aplicación de la persona nombrada como paciente en este formulario y esta persona lo ha identificado como su empleador o empleador de su conyugue. Apreciamos su cooperación en verificar la situación laboral de dicha persona. La Clínica Comunidad de la Esperanza es una organización sin fines de lucro que ofrece cuidado médico gratuito a personas que viven en el condado de Shelby. La información que pedimos tiene el único propósito de determinar que la persona califica para nuestros servicios. Esta información es confidencial y no será compartida con ninguna otra entidad en ningún momento.

| | |
|---|--|
| Patient's name / Nombre del paciente: | |
| Date of Birth / Fecha de Nacimiento: | |
| Patient's Marital Status / Estado Civil del paciente: | <input type="checkbox"/> Single / Soltero <input type="checkbox"/> Married / Casado <input type="checkbox"/> Separated / Separado <input type="checkbox"/> Divorced / Divorciado |
| Name of spouse (if applicable) / Nombre del cónyuge (si aplica): | |

Employer information / Información de Empleo

| | |
|---|--|
| Company / Employer Nombre de Empresa / Empleador | |
| Company / Employer Phone Numero de Telefono de Empresa / Empleador | |

This statement is to advise that Mr. / Mrs. / Ms. _____ is currently employed
Esta declaración es para informar que el Señor/Señora: _____ (Employee Name / Nombre del empleado) actualmente está empleado(a)

by the above in the capacity listed below:
en la capacidad que se detalla a continuación:

- Date of Hire or Length of Employment / Fecha de contratación o cuánto tiempo lleva trabajando : _____
- Position or type of work / Posición, cargo o tipo de trabajo: _____
- Hourly Pay Rate / Pago por hora: \$ _____ Avg. Hours per week / Horas semanales: _____ **OR**
 Weekly Pay Rate / Pago semanal:\$ _____
- Health insurance offered to this employee / Aseguransa medica fue ofrecida a este empleado: YES / SI NO

Employer's Signature / Firma del Empleador: _____

STATE OF ALABAMA

Signed and sworn before me this _____ day of _____

NOTARY PUBLIC My commission expires: _____

[Notary Seal]