



CITY OF MILWAUKEE
HEALTH DEPARTMENT

Date: _____

To:
Employer: _____
Address: _____
City: _____ State _____ ZIP _____

Re:
Employee: _____
Address: _____
City: _____ State _____ ZIP _____

Dear Sir or Madam:

The employee listed above has applied for services through the City of Milwaukee Childhood Lead Poisoning Prevention Program. In order to qualify for participation in this program we must verify this person's employment status.

Please complete the form below and/or attach a printout of this employee's payroll records for the immediately preceding 12-month period (see dates below). We have attached a confidentiality release signed by the employee authorizing release of this information.

Thank you for your assistance and your prompt attention to this matter. If you have any questions please feel free to contact me at 414-286-2165 any weekday between 8 am and 4:30 pm.

Sincerely,

_____, Lead Project Assistant

SECTION 1: EMPLOYMENT STATUS

Is the employee listed above currently employed by your company? Yes No If "yes," complete Section 2.

If "no," employment end date: _____

Reason employment ended: Never employed Laid off Quit Strike Fired Other: _____

Date of final paycheck: _____ Gross pay for final month: \$ _____

SECTION 2: EMPLOYMENT INFORMATION

Start date of employment: _____

Date first paycheck received: _____

Employment type: Temporary Permanent

Title: Manager Other: _____

Please provide an estimate of the following wage information for the next 30 days:

Type of Pay	Best Estimate of Weekly Hours	Rate of Pay per Hour	Regular Scheduled Weekly Hours
Regular:	_____	\$ _____	_____
Overtime:	_____	\$ _____	

Salary if not paid hourly: \$ _____

Frequency of pay: Weekly Bi-weekly Semi-Monthly Monthly Irregular

EMPLOYER

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Phone: _____

H-145 4/26/21 MHD Graphics



Fecha: _____

A:
Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado ____ ZIP _____

Re:
Empleado: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ ZIP: _____

Estimada Señor or Señora:

El empleado que aparece en la lista anterior ha solicitado servicios a través del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Niñez de la Ciudad de Milwaukee. Para poder calificar en la participación de este programa debemos verificar el estatus de empleo de esta persona.

Por favor complete el formulario a continuación y/o incluya una copia impresa de los récords de pago para el período de 12 meses que preceden inmediatamente (ver las fechas abajo). Hemos incluido un acceso de confidencialidad firmada por el empleado autorizando el acceso a dicha información.

Muchas gracias por su ayuda y su pronta atención a este asunto. Si tiene cualquier pregunta, por favor no dude en hacerme cualquier pregunta al 414-286-2165 cualquier día de la semana entre las 8 am y 4:30 pm.

Sincerely,

_____, Asistente del Proyecto de Plomo

SECCIÓN 1: ESTATUS DEL EMPLEO

¿Está el empleado que aparece en la lista arriba actualmente empleado por su compañía? Sí No

Si contesta "Sí," complete la Sección 2. Si contesta "no," fecha final del empleo: _____

Razón por la que terminó el empleo: Nunca estuvo empleado Despedido Renunció Huelga Echado Otro: _____

Fecha del último cheque de pago: _____ Pago bruto para el último mes: \$ _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Fecha de inicio del empleo: _____ Fecha en que recibió el primer cheque de pago: _____

Tipo de empleo: Temporal Permanente Título: Jefe Otro: _____

Por favor denos un estimado de la siguiente información del salario para los siguientes 30 días:

Tipo de pago	El mejor estimado de horas semanales	Tarifa de pago por hora	Regular Scheduled horas semanales
Regular:	_____	\$ _____	_____
Horas extras:	_____	\$ _____	
Salario si no es pagado por horas: \$ _____			

Frecuencia del pago: Semanalmente Cada dos semanas Quincenal Mensualmente Irregular

EMPLEADOR

Nombre en letras de imprenta: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____