



Wilson County NC Pre-K Program 2026-2027



smart start

WAGE VERIFICATION FORM

(Complea Solo Si Se Paga Efectiuo O Cheque Personal)

Nombre del Niño's: _____

To: Shalonda Holley NC Pre-K Coordinator
109 Park Avenue West Wilson, NC 27893

Este Formulario Debe Ser Completado Por El Empleador

Nombre del Empleado: _____

Esta persona ha aplicado para el programa de Pre-Kindergarten de Norte Carolina. Al firmar éste formulario él o ella ha dado permiso a Wilson County Partnership for Children de contactarlo a usted para verificar la informacion de verificacion de salarios.

Por Favor Contesta Todas Las Siguienes Preguntas Abajo

1. Esta persona está actualmente empleada por ti o tu compañía? ☐ Si ☐ No

2. Por favor completa la siguiente informacion por los mese de: _____
(Por favor enlista los meses)

Fecha de Pago Recibida Mes Y dia	Numero de Horas Trabajadas	Tasa de Pago Por Hora	Pago Bruto

3. Que tan seguido recibe su pago?
☐ Diario ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Dos Veces al mes ☐ Mensual ☐ Otro

4. Este individuo tiene cobertura de seguro de salud? ☐ Si ☐ No Si si, completa la siguiente informacion:

Nombre de la compañía de Aseguranza: _____

Numero de Grupo: _____, y la fecha de vigencia de la cobertura _____

Personas incluidas en la cobertura: _____

5. _____
- | | | |
|--|--|---------------|
| Nombre de Compañía | Nombre y titulo de la persona completando la forma | |
| _____ | | |
| Dirección de Compañía | Numero de Telefono | |
| _____ | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| _____ | _____ | _____ |
| Firma de la persona completando la forma | Fecha | |
| _____ | _____ | |

Gracias por tu ayuda en éste asunto. Si tienes alguna pregunta de esta forma, por favor contacta a Shalonda Holley, al 252-206-4235 extencion 115, or Shalonda.holley@wilsonpfc.org