

Use este formulario para hacer correcciones de varias semanas a los reclamos semanales de un empleado. **Un formulario por persona.**

 Envíelo por fax al 800-301-1796
 ¿Preguntas? Llame al 800-752-2500 opción 8

Quando un empleado que participa en SharedWork certifica para recibir los beneficios, pagamos de acuerdo con esa certificación. El representante del empleador es responsable de verificar la información que el Informe de pago de SharedWork contiene e informar cualquier diferencia por escrito dentro de los 10 días hábiles. (Ver el Código Administrativo de Washington (WAC, por sus siglas en inglés 192-250-025 (6))

Compare su Informe de pago de SharedWork con sus registros de nómina e informe cualquier *diferencia* en las horas y/o los ingresos brutos. Proporcione las horas corregidas y los ingresos brutos en las secciones 2 y 3 a continuación. Incluya cualquier información de permisos sin sueldo en la sección 4. **Los formularios incompletos no se procesarán.**

Nombre del empleador:	Nombre del empleado:
Número del ESD:	Número de Seguro Social: - -

1			2								3		4		
Fecha en que termina la semana	Total de horas	Total de ingresos brutos	Trabajadas		Pago por enfermedad		Pago de días festivos		Pago por vacaciones		Total semanal		Permiso sin sueldo		
MM/DD/YYYY	El empleado reportó	El empleado reportó	Horas	Ingresos brutos	Horas	Ingresos brutos	Horas	Ingresos brutos	Horas	Ingresos brutos	Horas	Ingresos brutos	Fecha MM/DD/YYYY	Total de horas	Razón
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															

EMPLEADO QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE SHAREDWORK: Es posible que le hayan pagado de más por la semana identificada anteriormente si reportó horas trabajadas e ingresos que eran menores de lo que su empleador reportó, o si no estuvo disponible para realizar todo el trabajo que le ofrecieron. **Por favor elija una opción.**

- Estoy de acuerdo con la información que mi empleador proporcionó. Entiendo que si me pagaron de más, entonces soy responsable del reembolso.
- No estoy de acuerdo con la información que mi empleador proporcionó. Estoy solicitando una entrevista.

 Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/YYYY
 El empleado se negó a firmar o ya no trabaja para el empleador.

REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: La información que proporcioné es correcta a mi mejor saber y entender.

 Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/YYYY

Nombre del puesto: _____ Teléfono: _____