



## Programa de compensación a víctimas de delitos del estado de Nevada

### Autorización al empleador para divulgar información sobre pérdida de salario

Cuando el solicitante pida el reembolso de salario perdido, use este formulario para autorizar al empleador a verificar la pérdida del salario.

Nombre de la víctima/solicitante:	Nº de reclamo de VOCP:
-----------------------------------	------------------------

### Información del empleador:

Nombre del empleador:	Nº de teléfono:	Nº de fax:
-----------------------	-----------------	------------

Dirección postal del empleador:	Ciudad, estado, código postal:
---------------------------------	--------------------------------

### Declaración del solicitante sobre pérdida de horas de trabajo y salario:

<b>Cantidad de horas trabajadas:</b>  <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajo por pieza <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Monto pagado por periodo de paga:</b> \$  <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Cantidad de trabajo perdido debido al delito:</b>  Total de salario perdido reclamado al VOCP: \$
---	--	---

### Autorización para divulgar información de empleo y salario

He solicitado el reembolso de salario perdido del Programa de Víctimas de Delitos de Nevada (VOCP). Para ayudar al VOCP a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia, por la presente consiento y autorizo a divulgar información al VOCP.

**Información de empleo: Por la presente autorizo a mi empleador actual o anterior a divulgar cualquier información concerniente a mi estado de empleo, incluyendo mi salario, beneficios, seguro, tiempo perdido u otra información al VOCP. (NRS 217.200).**

*Penalidades por proporcionar información falsa: Es una violación del estado de Nevada proporcionar información falsa o engañosa, o intencionalmente incompleta al VOCP. (NRS 217.270)*

Firma del solicitante:	Nombre en letras de molde:	Fecha:
------------------------	----------------------------	--------

Nº de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
-----------------	----------------------------------

<b>Enviar por correo a:</b> VOCP PO Box 94525 Las Vegas, NV, 89193-4525	<b>Enviar por fax a:</b>  (888) 941-7890	<b>Escanear y enviar por correo electrónico a:</b>  applications@voc-net.com
--	--	--