



## 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:
-----------------------------------	------------------------

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:

Cantidad de horas trabajadas:  Tiempo completo Tiempo parcial Trabajo por pieza Otro:	Monto pagado por periodo de paga: \$  Por hora Semanal Cada dos semanas Mensual Otro:	Cantidad de trabajo perdido debido al delito:  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:
-----------------	----------------------------------

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