



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 |
|---|-------------------------------------|---|