

---

Nombre del el empleador/ de compañía

---

Domicilio

---

Cuida

---

Estado

---

Código Postal

---

Número de Teléfono

---

Correo Electrónico

Fecha de hoy:

Dirección del programa:

Healthy Families/Medi-Cal for Families

P.O. Box 138005 Sacramento, CA 95813-8005

Estimado Medi-Cal/fHealthy Families:

Certifico que \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que recibe ingresos o empleó) es empleado del \_\_\_\_\_ (nombre de compañía). El ingreso del \_\_\_\_\_ (nombre del empleado) para este período de paga es \$\_\_\_\_\_ y la frecuencia de pago es (una vez por semana, dos veces mensual, cada dos semanas, una vez al mes). Esta carta no garantiza el empleo o salario. Certifico que la información presentada en esta carta es verdad y correcta.

Sinceramente,

---

Firma

---

Nombre in letra de molde

---

Título o posición del trabajo