

## VERIFICACIÓN DE ESTUDIANTE

*Para Estudiantes Dependientes Secundarios*

NOMBRE DE LA COMPAÑIA

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Número de Seguro Social	EFFECTIVE DATE		
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Empleo
Domicilio			_____ Iniciales del Supervisor
Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento
Teléfono en Casa #			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono del Trabajo #			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado

### INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

Nombre del Estudiante	Nombre de la Escuela, Colegio ó Universidad		
Fecha de Nacimiento	Domicilio		
Número de Seguro Social	Ciudad	Estado	Código Postal
Relación	Teléfono de la Escuela	Periodo Escolar De: A:	

***Certifico que el individuo nombrado arriba está inscrito como estudiante de tiempo completo por el periodo aquí indicado:***

-----  
Name of School Administrator  
(Nombre del Administrador Escolar)

-----  
Fecha

-----  
Signature of School Administrator  
(Firma del Administrador Escolar)

-----  
Fecha

*Ó incluya in Recibo Escolar Oficial, Recibo de Inscripción, y/o Comprobante de Asistencia.*