

LETTER OF EMPLOYMENT

To whom it may concern:

Your name has been given to CrossOver Healthcare Ministry regarding the employment status of _____.
(Patient name)

In order to complete the eligibility determination which allows us to provide any necessary care and/or medications, we need you to complete the bottom of this letter. This letter must be signed in the presence of and notarized by a public notary. You can find a public notary at a bank, funeral establishment or courthouse.

We appreciate your cooperation in this matter and assure you that all information you give us will be kept confidential. ***Employment verification can also be written/typed on a company letterhead or a business card can be stapled at the top of this form to eliminate the need for a notary seal.***

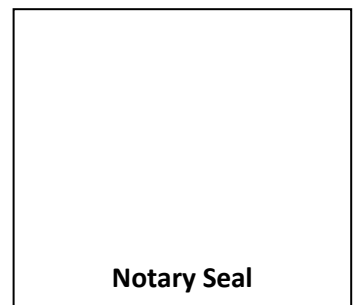
I, _____, confirm that _____
(Employer's name) (Employee name)
is currently employed by me as _____.
(Job Title or Description)

I pay this individual \$ _____ per week biweekly month (check one).
AMOUNT)

(Employer's name – Printed)

(Employer's signature)

(Date)



Given under my hand on this ___ day of _____
In the city/county of _____
Notary Public # _____
Notary Signature _____
My commission expires _____

CARTA DE EMPLEO

Ante quien corresponda:

Su nombre ha sido dado a CrossOver Healthcare Ministry con respecto al estado de empleo de _____.

(Nombre del Paciente)

Para completar la determinación de su elegibilidad que nos permite proveer algún cuidado necesario y/o medicina, necesitamos que usted complete la parte baja de esta carta. Usted necesita firmar esta carta delante de un notario público. Puede encontrar un notario público en un banco, funeraria o juzgado.

Apreciamos su cooperación con este asunto y le aseguramos que toda la información que nos da se guardara de manera confidencial. ***La verificación de empleo también se puede escribir en papel membretado de la empresa o se puede engrapar una tarjeta de negocio en la parte superior de este formulario, para eliminar la necesidad de un sello notarial.***

Yo, _____, aseguro que _____

(Nombre del Empleador)

(Nombre de Empleado)

Actualmente esta empleado por mi como un/una _____.

(Título de Trabajo)

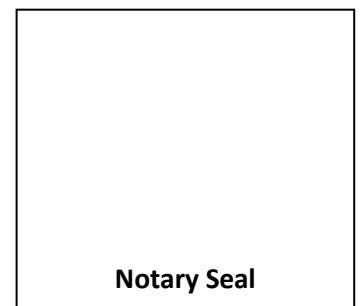
Yo le pago \$ _____ por semana quincenal mes (marque uno).

(cantidad)

(Nombre de Empleador – En Molde)

(Firma de Empleador)

(Fecha)



Given under my hand on this ___ day of _____

In the city/county of _____

Notary Public # _____

Notary Signature _____

My commission expires _____