

**Muestra de carta del Patrón**  
**Papel membretado de la compañía**

Debe incluir la siguiente información:

Nombre del empleador o compañía  
Nombre (de la persona que escribe la carta)  
Dirección  
Ciudad, Estado, Código Postal  
Número telefónico

La fecha de hoy

Medi-Cal Access Program  
P.O. Box 15559  
Sacramento, CA 95852-0559

Estimado Medi-Cal Access Program:

Certifico que (nombre de la persona o del empleado recibiendo los ingresos) es empleado de (nombre de la compañía). Los ingresos en bruto de (nombre del empleado) por este periodo de pago son de \$\_\_\_\_\_y la frecuencia de pago es (una vez a la semana, dos veces al mes, cada dos semanas, una vez al mes). Esta carta no garantiza ni empleo ni salario.

La información provista arriba es verdadera y correcta a mi leal saber.

Atentamente

Firma de la persona escribiendo esta carta  
Nombre  
Título o puesto de trabajo