

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE SUELDO Y EMPLEO

Se le ha solicitado al empleado indicado a continuación que facilite la siguiente información al Especialista en Cuidado de Niños. Si usted tiene alguna pregunta con respecto al uso de este formulario o la información solicitada, comuníquese con el Especialista en Cuidado de Niños. Por favor, envíe el formulario llenado al número de FAX o a la dirección de correo electrónico abajo indicada.

Nombre del Empleado (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Núm. de Seg. Soc. _____

Especialista en Cuidado de Niños _____ Núm. de teléfono _____ Núm. de fax _____

Dirección de correo electrónico de la oficina o del distrito _____

Autorizo al empleador a que divulgue la información solicitada a continuación.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Autorización firmada adjunta. Una fotocopia o facsímile de la firma del cliente o empleador habrán de tratarse como firma original.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador _____

Dirección de la oficina (*Núm., calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL EMPLEADOR (*Tiene que llenarse por el empleador*)

RECIÉN EMPLEADO O REGRESA AL TRABAJO

Horas			
Número de horas que trabaja por semana (<i>Si varían las horas, indique el promedio por semana</i>)			
Número de horas extras que siempre trabaja por semana			
Salario			
Salario por hora \$			Salario por horas extras \$
¿Recibe propinas el empleado?	Sí	No	Si es así, cantidad semanal anticipada \$
¿Recibe comisión el empleado?	Sí	No	Si es así, cantidad \$
Frecuencia de pago (<i>Marque una</i>):	Semanal	Bisemanal (<i>cada dos semanas</i>)	Quincenal (<i>dos veces por mes</i>)
	Otro: _____		
Fecha de empleo:	Fecha de primer cheque:	Fecha de primer cheque <i>completo</i> :	
			Cantidad bruta del primer cheque <i>completo</i> \$

ACTUALMENTE EMPLEADO (*Cheque emitido más reciente*)

Fecha del último cheque recibido: _____ Periodo de pago que terminó : _____ Fecha real de pago: _____

Ingresos brutos: _____ Horas: _____ Propinas: _____

Frecuencia de pago (*Marque una*): Semanal Bisemanal (*cada dos semanas*) Quincenal (*dos veces por mes*)

Otro: _____

SI HA DEJADO DE ESTAR EMPLEADO

Última fecha trabajada: _____ Cantidad bruta del último cheque recibido: _____

Fecha del último cheque: _____ Fecha de terminación: _____

FIRMA E INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (*Requerida*)

Nombre de la Persona que llena el formulario (*Escriba a máquina o en letra de molde*) _____

Puesto de trabajo _____ Nombre de la Empresa _____

Núm. de teléfono de la Empresa _____ Núm. de fax de la Empresa _____

Firma de la Persona que llena el formulario _____ Núm. de teléfono _____ Fecha _____

FOR DES / CCA USE ONLY (*Para el uso exclusivo del DES o CCA*)

Signature of CCA Person Completing Form _____ Date _____ Time _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.