CC-024-PDF (11-15)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration

EMPLOYMENT AND WAGE VERIFICATION STATEMENT

The employee below has been requested to provide the following information to the Child Care Specialist. If you have any questions regarding the use of this form or the information requested, please contact the Child Care Specialist. Please FAX the completed form to the FAX number or Email address below.

EMPLOYEE' S NAME *(Last, First, M.I.)*		SOC. SEC. NO.
CHILD CARE SPECIALIST	PHONE NO.	FAX NO.
OFFICE/DISTRICT EMAIL ADDRESS		

I am authorizing the employer to release the information requested below.

EMPLOYEE' S SIGNATURE	DATE

☐ Signed release attached. A photocopy or facsimile of a client's or employee's signature shall be treated as an original signature.

EMPLOYER INFORMATION

EMPLOYER' S NAME

OFFICE ADDRESS *(NO., Street, City, State, ZIP)*

EMPLOYEE EMPLOYMENT INFORMATION *MUST BE COMPLETED BY THE EMPLOYER*

NEWLY EMPLOYED / RETURNING TO WORK

HOURS

NO. HOURS WORKED PER WEEK *(If hours. per week vary, indicate the average per week)*	NO. OF OVERTIME HOURS ALWAYS WORKED PER WEEK

WAGES

HOURLY WAGE	HOURLY OVERTIME WAGE
$	$
DOES THE EMPLOYEE RECEIVE TIPS?	DOES THE EMPLOYEE RECEIVE COMMISSIONS?
☐ Yes Amount *(anticipated weekly amount)* $ ☐ No	☐ Yes Amount $ ☐ No

FREQUENCY PAID *(Check one)*

☐ Weekly ☐ Bi-weekly *(every two weeks)* ☐ Semi-monthly *(twice per month)* ☐ Other:

DATE STARTED	DATE OF FIRST CHECK	DATE OF FIRST *FULL* CHECK	GROSS AMOUNT OF FIRST *FULL* CHECK
			$ *(if applicable)*

CURRENTLY EMPLOYED *(MOST RECENT CHECK ISSUED)*

DATE LAST CHECK RECEIVED	PAY PERIOD ENDING	ACTUAL DATE PAID	GROSS EARNINGS	HOURS	TIPS
			$		$

IF NO LONGER EMPLOYED

LAST DATE WORKED	GROSS AMOUNT OF LAST PAYCHECK RECEIVED	DATE OF LAST PAYCHECK
	$	
TERMINATION DATE	TERMINATION REASON *(Check One)*	
	☐ Laid-off ☐ Quit ☐ Fired ☐ Other:	

EMPLOYER SIGNATURE AND INFORMATION *(Required)*

NAME OF PERSON COMPLETING FORM *(Type or print)*	JOB TITLE	
NAME OF COMPANY	COMPANY PHONE NO.	COMPANY FAX NO.
SIGNATURE OF PERSON COMPLETING FORM	PHONE NO.	DATE

FOR DES / CCA USE ONLY

SIGNATURE OF CCA PERSON COMPLETING FORM	DATE	TIME

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-542-4248contact 602-542-4248; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration (Administración de Cuidado de Niños)

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, envié 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, C.P.)*

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL EMPLEADOR *TIENE QUE LLENARSE POR EL EMPLEADOR*

RECIÉN EMPLEADO O REGRESA AL TRABAJO

HORAS

NÚM. HORAS QUE TRABAJA POR SEAMANA *(Si varían las horas, indique el promedio por semana)*	NÚM. DE HORAS EXTRAS QUE SIEMPRE TRABAJA POR SEMANA

SALARIO

SALARIO POR HORA	SALARIO POR HORAS EXTRAS
$	$
¿RECIBE PROPINAS EL EMPLEADO?	¿RECIBE COMISIÓN EL EMPLEADO?
☐ Sí Cantidad *(cantidad semanal anticipada)* $ ☐ No	☐ Sí Cantidad $ ☐ No

FRECUENCIA DE PAGO *(Marque una)*
☐ Semanal ☐ Bisemanal *(cada dos semanas)* ☐ Quincenal *(dos veces por mes)* ☐ Otro:

FECHA DE EMPIEZO	FECHA DE PRIMER CHEQUE	FECHA DE PRIMER *CHEQUE* COMPLETO	CANTIDAD BRUTA DEL PRIMER *CHEQUE* COMPLETO
			$ *(si corresponde)*

ACTUALMENTE EMPLEADO *(CHEQUE EMITIDO MÁS RECIENTE)*

FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE RECIBIDO	PERIODO DE PAGO QUE TERMINÓ EL	FECHA REAL DE PAGO	INGRESOS BRUTOS	HORAS	PROPINAS
			$		$

SI HA DEJADO DE ESTAR EMPLEADO

ÚLTIMA FECHA TRABAJADA	CANTIDAD BRUTA DEL ÚLTIMO CHEQUE RECIBIDO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE
	$	
FECHA DE TERMINACIÓN	RAZÓN DE TERMINACIÓN *(Marque una)*	
	☐ Recorte de personal ☐ Renuncia ☐ Despido ☐ Otro:	

FIRMA E INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (*Requerida*)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO *(Escriba a máquina o imprima)*	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. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. 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. • Free language assistance for DES services is available upon request. English on reverse.