

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

COMPLETADO POR EMPLEADO

Primer Nombre y Apellido del Padre/Guardián (Imprimir) Número Telefónico del Negocio

Nombre del Negocio Nombre de Contacto del Negocio Número de Fax

Domicilio del Negocio Ciudad Código Postal

Días Habituales del Negocio Horas Habituales del Negocio

Marque uno:

- Stanislaus County Office of Education tiene permiso para contactar a mi empleador** para verificar información de mi empleo e ingreso. (Adjunte talon de cheque y proveerle a su empleador para completar)
- Declaro bajo pena de multa y perjurio que mi empleador se ha negado o no ha podido proporcionar la información de empleo solicitada. (Adjunte talón de cheque y complete la información del empleador)
- Declaro bajo pena de multa y perjurio que ponerse en contacto con mi empleador afectaría negativamente mi empleo. (Adjunte talón de cheque y complete la información del empleador)

Padre, si solicita tiempo de viaje o reposo adicional sueno, complete también la solicitud en el reverso del formulario.

Firma del Padre/Guardián Fecha

COMPLETADO POR EMPLEADOR

Para proveerle servicios a su empleado, debemos tener verificación de su empleo. Si usted tiene alguna pregunta acerca sobre la finalización de esta forma, por favor póngase en contacto con un Especialista de Elegibilidad Familiar al (209) 238-6300.

Fecha de Contrate Posición Actual del Empleado Fecha de Inicio de Posición Actual Lugar de Trabajo (ciudad)

¿Si el empleado está regresando de una ausencia, cual es la fecha de regreso? _____

Especificar si el empleado trabaja un horario fijo o variable:

HORARIO FIJO – Por favor especifique el horario establecido del empleado para cada día (Ejemplo: Lunes- 8am-5pm)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

HORARIO VARIABLE – Por favor especifique el horario variable del empleado

Días el empleado puede trabajar (Circule las que apliquen): L M Mi J V S D

Tiempo de inicio más temprano de trabajo: _____ Tiempo más tarde de salida del trabajo: _____
(Ej. 6:00am) (Ej. 6:00pm)

Número mínimo de horas trabajadas por día: _____ Número máximo de horas trabajadas por día: _____
(Ej. 4 horas) (Ej. 8 horas)

Número mínimo de días trabajadas por semana: _____ Número máximo de días trabajadas por semana: _____
(Ej. 4 días) (Ej. 7 días)

Con qué frecuencia trabaja el empleado tiempo extra (Circule): Nunca Seguido Ocasionalmente

Especificar la información de paga del empleado:

Pagado con: Cheque Dinero en Efectivo Cheque Personal **Precio de Paga:** \$ _____ por _____
(Ej. \$10.00) (Ej. Hora/Día/Semana/Mes)

Periodo de Pago: Diario Semanal Cada dos Semanas Dos Veces por mes Mensual

El empleado recibe cualquiera de los siguientes: Tiempo Extra Comisión Propinas Bonos

Nombre de Persona Completando Esta Forma Titulo Firma Fecha

SOLICITUD DEL TIEMPO DE VIAJE ADICIONAL DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

Con el fin de proveerle servicios de tiempo de viaje adicional que supera los 30 minutos de una ida, por favor complete la solicitud debajo:

Especifique el tiempo que necesita para viajar de una ida a su lugar de trabajo: _____

Especifique el tiempo que necesita para viajar de ida a su lugar de trabajo: _____

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

SOLICITUD DEL TIEMPO DEL DORMIR DEL PARTICIPANTE (si aplicable)

Tiempo para dormir puede ser solicitado si un padre trabaja entre las horas de 10:00pm-6:00am. Horas solicitadas no pueden superar el número igual de empleo y tiempo de viaje que cae entre 10:00pm-6:00am. Si es aplicable, por favor complete la solicitud de tiempo de dormir a continuación:

Especifique días y horas que servicios de cuidado infantil son necesarias para que usted pueda dormir:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Juro bajo pena de perjurio, al mejor de mi conocimiento que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

FOR OFFICE PURPOSES ONLY

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

- Regular/Stable Schedule (Set Schedule or Variable Schedule with a Pattern)
- Inconsistent/Unstable Schedule (No pattern. Calculate the maximum number of hours of need based on the week with the greatest number of hours from either month of the two-month window immediately preceding certification)
- Attestation, if unable to contact employer: I, _____, attest that the reported income and employment is reasonable or consistent with community practice.