



Formulario de Verificación de Empleo

INSTRUCCIONES: Debe completarse en su totalidad, firmado y fechado por el empleador. SOLO use TINTA AZUL o Por favor, escriba de manera legible - NO SE PERMITE EL USO DE CORRECTOR. Si comete un error, táchalo y coloque Para determinar la elegibilidad de la persona indicada para servicios de cuidado infantil, por favor colabore respondiendo La información debe ser verificada por el personal de Elegibilidad de la Coalición.

Nombre del empleado (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido):		Cargo del empleado:	Fecha de inicio actual	
FECHA DE PAGO RECIBIDA ÚLTIMAS 4 SEMANAS (LISTE LA FECHA MÁS RECIENTE PRIMERO)	GANANCIAS BRUTAS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (INCLUYE HORAS EXTRAS, DIFERENCIAL DE TURNO)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	PAGO NETO	
1)				
2)				
3)				
4)				
Días trabajados: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____ Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____ Domingo _____				
Horario de trabajo:	Desde _____ a.m. p.m.	Hasta _____ a.m. p.m.	O BIEN Horas flexibles: _____	
Salario por hora: \$	N.º de horas a la semana		N.º de días a la semana	
Pagado: Semanalmente _____ Cada dos semanas _____ Bimensualmente _____ Mensualmente _____				
¿Es elegible para horas extras? Si _____ No _____ Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia se trabaja horas extras _____				
¿Es elegible para diferenciales por turno? Si _____ No _____				
¿con qué frecuencia?				
Información del empleador - Debe ser completada en su totalidad, firmada y fechada por el empleador.				
Nombre de la compañía:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Número de teléfono del empleador:		Ext:		
Nombre del empleador (en letra de molde):		Cargo del empleador:		
Firma del empleador:		Fecha:		

Revised 7/28/2025