



## Formulario de Verificación de Empleo

Complete únicamente con **tinta azul o negra. Escriba de forma legible. No use corrector líquido.**

Estimado empleador,

Fecha: \_\_\_\_\_

Para poder determinar la elegibilidad para recibir servicios de cuidado infantil/aprendizaje temprano, ayude respondiendo a las siguientes preguntas.

Información del empleado - Debe ser completada en su totalidad por el empleador (se necesita información sobre los ingresos de las últimas **4** semanas actuales y consecutivas de pago):

FECHA DE RECEPCIÓN DEL PAGO (ENUMERE PRIMERO EL PERÍODO DE PAGO MÁS RECIENTE)	GANANCIAS BRUTAS ANTES DE CUALQUIER DEDUCCIÓN (INCLUYE HORAS EXTRAS, DIFERENCIALES POR TURNO, PROPINAS, ETC.)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	PAGO NETO
1)			
2)			
3)			
4)			

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha de **inicio** del empleo: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación del empleo: \_\_\_\_\_

Marque los días trabajados: lu. _____ ma. _____ mi. _____ ju. _____ vi. _____ sá. _____ do. _____
Horario de trabajo: De _____ a. m./p. m. A _____ 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 _____ <b>Cada dos semanas</b> _____ Bimensualmente _____ Mensualmente _____
¿Es elegible para horas extras? Sí _____ No _____ Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia se trabaja horas extras? _____
¿Es elegible para diferenciales por turno? Sí _____ No _____

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha