

**EMPLOYMENT VERIFICATION (2 PAGES) / VERIFICACIÓN DE EMPLEO (2 PÁGINAS)**

**Staff Initials:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE EMPLEO**

**TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN - SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR**

Nombre y apellido del empleado (Imprimir) \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la Compañía \_\_\_\_\_

Nombre Comercial de la Compañía \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Días y Horas de Operación de la Compañía \_\_\_\_\_

- El Programa de Pago Alternativo** tiene permiso para contactar a mi empleador para verificar mi información de empleo y ingresos.
- Mi empleador se ha negado o no ha brindado información de empleo solicitada. (Adjunte sus talons de cheques y complete la forma de Auto-Certificación de Empleo o Ingresos. Si el empleador usa el Número de Trabajo para las verificaciones, complete la sección correspondiente en la página 2).
- Contactar a mi empleador afectaría negativamente mi empleo. (Adjunte sus talons de cheques y complete la forma de Auto-Certificación de Empleo o Ingresos).

**Firma del Empleado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT INFORMATION**

**TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER – SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR**

**In order to provide child care & development services to your employee,** we must have verification of their employment. If you have any questions about the completion of this form, please contact APP/R&R at (559) 661-0779.

Date of Hire \_\_\_\_\_ Employee’s Current Position \_\_\_\_\_ Start Date of Current Position \_\_\_\_\_ Employee Work Site \_\_\_\_\_

**Specify** if the Employee works a set or variable schedule:

**SET SCHEDULE** – Please specify the Employee’s set work schedule for each day (Example: Monday 8am-5pm)

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday

**VARIABLE SCHEDULE** – Please specify the Employee’s variable work schedule

Possible days the Employee may work (Circle all that apply): M T W Th F Sa Su

Earliest work start time: \_\_\_\_\_ Latest work end time: \_\_\_\_\_  
(Exp. 6:00am) (Exp. 6:00pm)

Maximum number of hours worked per day: \_\_\_\_\_  
(Exp. 8 hours)

Maximum number of hours worked per week: \_\_\_\_\_  
(Exp. 40 hours)

How often does the Employee work overtime (Circle): Never Often Occasionally

**Specify** the Employee’s wage information:

**Paid by:**  Paycheck  Cash  Personal Check **Pay Rate:** \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
(Exp. \$10.00) (Exp. Hour/Day/Week/Month)

**Pay Period:**  Daily  Weekly  Every two-weeks  Twice per month  Monthly  
(26 Pay Periods Annually) (24 Pay Periods Annually)

**Does Employee receive any of the following (Circle):** None Overtime Tips Commission Bonus

**Name of Person Completing Form** \_\_\_\_\_ **Title** \_\_\_\_\_ **Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Thank you for completing this form. Please return to Alternative Payment Program by mail, email or fax.**

**THE WORK NUMBER (if applicable) - NÚMERO DE TRABAJO (si es aplicable)**

**TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN - SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR**

Si su empleador usa el Número de Trabajo para completar los Formularios de Verificación de empleo y ingresos, complete la siguiente información:

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Código de Compañía: \_\_\_\_\_ Su Número de S.S.: \_\_\_\_\_

**Yo declare bajo pena de perjurio**, que la información anterior esta correcta hasta lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián (Imprimir)      Firma de Padre/Guardián      Fecha

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

**Para poder proporcionar tiempo adicional para cuidado infantil** que exceda 30 minutos de ida, complete la solicitud a continuación:

**Especifique** la cantidad de tiempo que toma de ida a su sitio de trabajo: \_\_\_\_\_

Explique por qué necesita tiempo de viaje adicional hacia y desde su sitio de trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yo declare bajo pena de perjurio**, que la información anterior esta correcta hasta lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián (Imprimir)      Firma de Padre/Guardián      Fecha

**SOLICITUD DE TIEMPO DE DORMIR DEL PARTICIPANTE (si es aplicable)**

**Se puede solicitar tiempo de dormir** si un padre trabaja entre las horas de 10:00pm - 6:00am. Las horas solicitadas no pueden exceder la misma cantidad de empleo y tiempo de viaje que se encuentra entre 10:00pm-6:00am. Si corresponde, complete la solicitud de tiempo de dormir a continuación:

**Especifique** los días y horas que se necesitan los servicios de cuidado infantil para que pueda dormir:

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo

**Yo declare bajo pena de perjurio**, que la información anterior esta correcta hasta lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián (Imprimir)      Firma de Padre/Guardián      Fecha

**FOR OFFICE PURPOSES ONLY – SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Date Verified	Verified With	Staff Initials	Notes

- Predictable Schedule (Set Schedule or Variable Schedule with a Pattern)
- Unpredictable Schedule (Attach a detailed schedule to identify the maximum number of hours of need based on the week with the greatest number of hours within the preceding four weeks)
- Attestation, if unable to contact employer: I, \_\_\_\_\_, attest that the reported income and employment is reasonable or consistent with community practice.