

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

SOLO para ser completado por el empleador/supervisor/personal autorizado

Nombre del empleado: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Área postal: _____ Telefono: _____

Fecha de contratación: _____ Horas de empleo: Hora de inicio: _____ Hora de finalización

Días de empleo: Domingo: _____ Lunes: _____ Martes: _____ Miércoles: _____

Jueves: _____ Viernes: _____ Sábado: _____

Si el horario es flexible: Horas minimas por semana: _____

Se requiere verificación mensual Horas máximas por semana: _____

Trabajadores de temporada: Meses por año (Aprox): _____

Tarifa por hora: \$ _____

Horario de pago, marque uno:

_____ Semimensual (dos veces al mes) _____ Semanal _____ Asalariado _____ Quincenal (cada dos semanas) _____ Mensual

♦ **El empleador recibe otra forma de pago:** Horas extras: _____ Bono: _____ Comisión : _____

Incentivo: _____ **Propinas:** _____ **otro:** _____ ♦ **Cuanto?** _____ **Cada**
cuanto? _____

La información anterior se refiere a la elegibilidad del empleado para los beneficios de cuidado infantil y está sujeta a revisión por parte de los representantes del Estado de California y el Programa de Pago de Cuidado Infantil (CCPP). Puede enviar este formulario por correo a CCPP 711 East Main St. Quincy, CA 95971 o puede enviar un fax al (530)283-3647 a la atención.

CCPP Declaro, bajo pena de perjurio, que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y por la presente autorizo a mi empleador a divulgar información al Programa de Pago de Cuidado Infantil sobre mi empleo.

Firma del padre/guardia

Fecha

Notas de C.C.P.P

Firma del representante del empleador autorizado

Fecha

Nombre del empleador representante del empleador autorizado