



COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE, SUITE 300 SANTA ROSA CA 95401
TEL (707) 544-3077 FAX (707) 544-2625
WWW.SONOMA4CS.ORG

EMPLOYMENT VERIFICATION

Case Manager: _____

ext _____

Determining eligibility for child development services requires that the parent or guardian do the following:

- **PARENT/GUARDIAN** complete and sign **SECTION 1**
- **EMPLOYER** complete and sign **SECTION 2**
- Return this original completed form to 4Cs (child development services **CANNOT** be authorized until form is received).

PARENT/GUARDIAN - SECTION 1

PRINT PARENT/GUARDIAN NAME _____

TELEPHONE NO. () _____

I hereby authorize my employer to release to Community Child Care Council of Sonoma County the information requested below.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____

x _____ DATE _____

EMPLOYER - SECTION 2 (THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER)

All information contained on this form is confidential and is only available to 4Cs employees and appropriate State Department of Education officials in order to justify enrollment for child care services.

NAME OF EMPLOYER/BUSINESS _____ TELEPHONE NO. () _____

STREET ADDRESS _____ CITY _____ ZIP CODE _____

DATE EMPLOYMENT BEGAN _____ EMPLOYEES JOB TITLE _____ IS EMPLOYEE PAID IN CASH? YES or NO

HOURLY WAGE OR GROSS MONTHLY SALARY \$ _____ TYPE OF PAY PERIOD **DAILY** **EVERY OTHER WEEK** **MONTHLY**
(CIRCLE ONE) **WEEKLY** **TWICE-MONTHLY**

CHOOSE ONE OPTION BELOW:

Employee has a **SET SCHEDULE**, please specify the days & times of employment (Example: Monday 8:30am – 5:00pm)

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday

Employee has a **VARIABLE SCHEDULE**, please list the: _____ (Circle ALL possible days of work)

Earliest time work can begin _____ and Latest time work can end _____ **MON** **WED** **FRI** **SUN**

Minimum hours per day _____ and Maximum hours per day _____

Minimum hours per week _____ and Maximum hours per week _____ **TUE** **THUR** **SAT**

Average number of hours per week _____

PRINT NAME OF EMPLOYER COMPLETING THIS FORM _____

TITLE OF EMPLOYER _____

I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

SIGNATURE OF EMPLOYER LISTED ABOVE _____

x _____ DATE _____

For Staff Use Only

Case Manager called employer to confirm information _____
(Staff Initials & Date)



COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE, SUITE 300 SANTA ROSA CA 95401
TEL (707) 544-3077 FAX (707) 544-2625
WWW.SONOMA4CS.ORG

VERIFICACION DE EMPLEO

Trabajador/a de Caso: ext

Para determinar la elegibilidad para servicios de desarrollo del niño, se requiere que el padre/madre o guardián del niño/a haga lo siguiente:

- PADRE/MADRE/GUARDIAN complete y firme la SECCIÓN 1
EMPLEADOR complete y firme la SECCIÓN 2
Devolver esta forma original completa a 4Cs (servicios de desarrollo del niño NO serán autorizados, hasta que se reciba la forma).

PADRE/MADRE/GUARDIAN - SECCIÓN 1

ESCRIBA CLARAMENTE EL NOMBRE DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

NO. DE TELÉFONO ()

Yo autorizo a mi empleador, a que le dé al "Community Child Care Council of Sonoma County" la información que se solicita a continuación.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

x FECHA

EMPLEADOR - SECCIÓN 2 (EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN)

Toda la información que contiene esta forma, es confidencial. Está disponible solamente para los empleados de 4Cs y los oficiales del Departamento de Educación del Estado, para poder justificar la matrícula, para servicios de cuidado de niños.

NOMBRE DEL EMPLEADOR/NEGOCIO NO. DE TELÉFONO ()

DIRECCION CIUDAD CODIGO POSTAL

FECHA QUE EMPEZO EL EMPLEO: SALARIO POR HORA o SALARIO MENSUAL BRUTO \$ SE LE PAGA EN EFECTIVO AL EMPLEADO? SI o NO

TITULO DEL EMPLEADO: TIPO DE PERIODO DE PAGO: DIARIO SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES MENSUAL (CIRCULE UNO)

ELIJA UNA OPCIÓN ABAJO:

Si el empleado tiene un HORARIO FIJO, por favor especifique los días y horas de empleo (Ejemplo: Lunes 8:30am - 5:00pm)

Table with 7 columns for days of the week: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo.

Si el Empleado/a tiene HORARIO VARIABLE, por favor escríbalo:

Hours and schedule details: Hora más temprana que puede empezar, y hora más tarde que puede terminar, Mínimo de horas al día, y máximo de horas al día, Mínimo de horas a la semana, y máximo de horas a la semana, Promedio de horas por semana.

(Circule TODOS los posibles días de trabajo) Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

ESCRIBA CLARAMENTE EL NOMBRE DEL EMPLEADOR QUE COMPLETA ESTA FORMA

TÍTULO DEL EMPLEADOR

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta, de acuerdo a mi conocimiento.

FIRMA DEL EMPLEADOR LISTADO ANTERIORMENTE

x FECHA

Solamente para uso de 4Cs

La Trabajadora del Caso llamó al empleador, para confirmar la informacion (Iniciales de la Empleada & Fecha)