



Our Mission is to provide access to quality child care and early education in Sonoma County through advocacy, direct service, and empowerment.

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: TITULO DEL EMPLEADO: SE LE PAGA EN EFECTIVO AL EMPLEADO? SI O NO

SALARIO POR HORA TIPO DE PERIODO DE PAGO: DIARIO CADA DOS SEMANAS MENSUAL

SALARIO MENSUAL BRUTO \$ (MARQUE UNO) SEMANAL DOS VECES AL MES

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: (Marque TODOS los posibles días de trabajo)

Hora más temprana que puede empezar y hora más tarde que puede terminar Lunes Martes Miércoles

Mínimo de horas al día y máximo de horas al día Jueves Viernes Sábado

Mínimo de horas a la semana y máximo de horas a la semana Domingo

Promedio de horas por semana

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: Trabajador/a del Caso llamó al empleador, para confirmar la información (Iniciales de Trabajador/a & Fecha)

131-A Stony Circle • Suite 300 | Santa Rosa, CA 95401 | Office (707) 544-3077 | Fax (707) 544-2625

www.sonoma4Cs.org