



Verification of Maternity Leave Form

IMPORTANT: Please **do not ALTER, WRITE OVER OR USE WHITE OUT** on this form. If you make a mistake, you can complete a new form. Use of **WHITE OUT** in any form may delay or prevent determination of services.

I, _____, give permission for my employer to release the following information to the Early Learning Coalition of Pasco and Hernando Counties for the purpose of determining my eligibility for the School Readiness program.

Parent/Guardian Signature

Date

This form must be completed by the employer and **not the employee**. The ELC may contact your employer to confirm information provided.

1. Business Name: _____ Phone # _____

2. Business Address: _____

3. Employee Name _____ SS# _____

4. Employee is anticipated to return to work when maternity leave ends: Yes No

5. Maternity Leave Start Date: _____

6. Employee is on Paid Leave Employee is on Unpaid Leave

7. Return to Work Date: _____

8. Upon return to work: Anticipated Rate of Pay: _____ Anticipated Hours Per Week: _____

9. Additional Comments: _____

The information provided on this form is true and completed to the best of my knowledge. If I knowingly omit or provide false information, I may be liable for prosecution under the law.

Employer Representative _____ Title _____

Printed Name

Employer Representative Signature

Contact Phone Number for Representative

Date



Formulario de Verificación de Licencia por Maternidad

IMPORTANTE: No ALTERE, ESCRIBA O UTILICE BLANQUEADOR en este formulario. Si comete un error, puede completar un nuevo formulario. El uso de WHITE OUT en cualquier formulario puede retrasar o impedir la determinación de los servicios.

Yo, _____, doy permiso a mi empleador para divulgar la siguiente información a la Coalición de Aprendizaje Temprano de los condados de Pasco y Hernando con el fin de determinar mi elegibilidad para el programa de preparación escolar.

Padre/Guardian Firma

Fecha

Este formulario debe ser completado por el empleador y **no por el empleado**. El ELC puede comunicarse con su empleador para confirmar la información proporcionada.

1. Nombre de la compañía: _____ Telefono _____

2. Direccion de la compañía: _____

3. Nombre del empleado _____ SS# _____

4. Se anticipa el regreso del empleado cuando finalice la licencia : Yes No

5. Fecha inicial del la licencia : _____

6. Licencia Pagada Licencia sin paga

7. Fecha de regreso: _____

8. Al regresar al trabajo: tasa de pago anticipada: _____ Horas anticipadas por semana: _____

9. Comentarios adicionales: _____

La información provista en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si omito o proporciono información falsa a sabiendas, puedo ser responsable de enjuiciamiento según la ley.

Representante del empleador _____ Titulo _____
Nombre

Firma del Representante del empleador

Numero de telefono

Fecha