



Verification of Employment or Loss of Employment 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.

SECTION A- EMPLOYMENT INFORMATION: (To be completed by employer)

1. Business Name: _____ Phone # _____

2. Business Address: _____

3. Employee Name _____ SS# _____

4. Date Employment Began _____ Pay Frequency: Weekly Bi-Weekly Semi-Monthly Monthly

5. Rate of Pay: \$ _____ per _____ (hour/day/week/etc.) Does employee receive tips? Yes No

6. Estimated number of hours worked per week _____ (DO NOT PUT VARIES) Number of days per week _____

Work Schedule: From: _____ A.M. P.M. To: _____ A. M. P.M.

7. Does employee receive and/or have access to paystubs? Yes No Does employee receive a 1099? Yes No

8. Is employment year-round? Yes No If NO, specify number of consecutive months: _____

SECTION B- RECORD OF PAY RECEIVED (To be completed by employer)

1. In the space below, list the most current and consecutive FOUR weeks of checks or cash received by the employee along with the gross amount paid, hours worked and the date the checks or cash were issued.

PAY PERIOD END DATE	PAY DATE	GROSS EARNINGS	# OF HOURS WORKED	TIPS (if not included in gross)	NET PAY

2. Please explain any unusual gaps or overtime and indicate if you expect them to reoccur: _____

(Attach separate page if needed).

SECTION C- LOSS OF EMPLOYMENT: (To be completed by employer) Date employment ended: _____

SECTION D- EMPLOYER VERIFICATION: (To be completed by employer)

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.

1. Employer Representative _____
Printed Name Title

Employer Representative Signature

Date

Employer Contact Phone Number

Employer Contact Email Address



Formulario de Verificación de Empleo o Pérdida de empleo

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.

SECCIÓN A- INFORMACIÓN DE EMPLEO: (Para ser completado por el empleador)

1. Nombre de la compañía: _____ Telefono # _____
2. Dirección de la compañía: _____
3. Nombre del empleado _____ SS# _____
4. Fecha de Inicio _____ Frecuencia de pago: Semanal Bisemanal Quincenal Mensual
5. Rate of Pay: \$ _____ per _____ (hora/diario/semanal/etc.) Recibe propinas Yes No
6. Número estimado de horas trabajadas por semana _____ (NO PONGAS VARIOS) Número de días por semana _____
Horario: De: _____ A.M. P.M. A: _____ A.M. P.M.
7. El empleado tiene acceso a talonarios? Yes No Recibe formulario 1099? Yes No
8. Empleado el año completo? SI No Si NO, especifique la cantidad de meses: _____

SECCION B- RECORD DE PAGOS RECIBIDOS (Para ser completado por el empleador)

1. En el espacio a continuación, enumere las CUATRO semanas más actuales y consecutivas de cheques o efectivo recibidos por el empleado junto con el monto bruto pagado, las horas trabajadas y la fecha en que se emitieron los cheques o el efectivo.

Periodo de pago Fecha Final	Fecha de Pago	Ingreso Bruto	# de horas trabaiadas	Propinas	Ingreso Neto

2. Explique cualquier brecha inusual o tiempo extra e indique si espera que vuelvan a ocurrir: _____

(Añada otra pagina si es necesario).

SECCION C- PERDIDA DE EMPLEO: (Para ser completado por el empleador) Fecha final de empleo: _____

SECTION D- Verificacion del empleador: (Para ser completado por el empleador)

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.

1. Representante del empleador _____

Nombre

Titulo

Firma del representante del empleador

Fecha

Numero de telefono

Correo electronico