



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 trabajadas	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- Verificación 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

Título

Firma del representante del empleador

Fecha

Numero de telefono

Correo electronico