



10601 Belcher Road, South
 Largo, FL 33777 Family Services Phone: (727) 547-5700 Fax: (727) 547-2971
 Email: family_services@childcarepinellas.org Web Page: www.childcarepinellas.org

Formulario de Verificación de Empleo

Para poder determinar la elegibilidad para becas para el cuidado del niño, **usted debe presentar copias de los comprobantes de su salario de las últimas seis semanas o hacer que su empleador llene este formulario.** Debemos verificar el empleo y el ingreso del cliente indicado abajo. Por favor, ayúdenos llenando y devolviendo este formulario lo antes posible a: Cuidado Coordinado del Niño de Pinellas, Inc., Departamento de Servicios a la Familia.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN GENERAL: (A completarse por el empleador)

- Nombre del empleado: _____ SS # _____
 Dirección del empleado: _____
- Tipo de trabajo que realiza el empleado: _____ Fecha comienzo de empleo: _____
- Número de horas que trabaja por semana: _____ Número de días por semana: _____
 Horario de trabajo: De: _____ A: _____ [] A.M. [] P.M.
- Salario por hora del empleado: \$ _____ Fecha en que terminó el empleo: _____
- Pago al empleado: \$ _____ [] Semanal [] Quincenal [] Semi-mensual [] Mensual [] Otro
- ¿Recibe el empleado propinas? [] Sí [] No (En caso de Sí, indique las propinas en la sección III).
- ¿Está empleado todo el año? [] Sí [] No En caso de NO, especifique: 12 meses _____ 11 ½ meses _____
 11 meses _____ 10 ½ meses _____ 9 ½ meses _____ 9 meses _____

SECCIÓN II – INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR: (A completarse por el empleador)

- Nombre del empleador: _____ Cargo: _____
- Nombre del negocio: _____ Teléfono #: _____
- Dirección del negocio: _____

SECCIÓN III – RECORD DE PAGOS RECIBIDOS POR EL EMPLEADO: (A ser completado por el empleador)

1. Indique en el espacio de abajo las más recientes **SEIS** semanas consecutivas de cheques o efectivo recibidos por el empleado junto con la cantidad bruta pagada, las horas trabajadas y la fecha en que se emitió el cheque o efectivo.

FECHA FINAL PERIODO	PAGO BRUTO	# HORAS TRABAJADAS	PROPINAS	PAGO NETO

2. Por favor, explique cualquier interrupción eventual en el pago o algún tiempo extra pagado, y si espera que vuelva a ocurrir _____

SECCIÓN IV – VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR:

La información provista en este formulario es verdadera y completa hasta donde conozco. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa, pudiera ser procesado por fraude. **El empleo por cuenta propia debe ser documentado con la presentación de la liquidación de impuestos o los registros contables del negocio y los recibos de gastos.**

 Firma del empleador Cargo Nombre del empleador (Letra molde o a máquina) Fecha