

Formulario de verificación de empleo

NOMBRE DEL EMPLEADOR/LUGAR DEL EMPLEO: _____ NOMBRE DEL SUPERVISOR INMEDIATO: _____ CARGO DEL SUPERVISOR INMEDIATO: _____

Autorizo la divulgación de esta información y doy permiso al Centro de Recursos para el Aprendizaje Temprano (ELRC) para verificar toda la información contenida en este formulario.

NOMBRE DEL EMPLEADO EN LETRA DE IMPRENTA _____

FIRMA DEL EMPLEADO _____

FECHA _____

LAS SIGUIENTES SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR SU EMPLEADOR

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL (EIN): _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

CARGO DEL EMPLEADO: _____

¿El empleado antes mencionado ha sido contratado recientemente?
 Sí No

FECHA DE COMIENZO DEL EMPLEO: _____

INGRESOS DEL EMPLEO

TARIFA POR HORA: \$ _____	PAGO BRUTO: \$ _____	PROMEDIO DE PROPINAS DIARIAS: \$ _____	PROXIMA FECHA DE PAGO: _____	FRECUENCIA DEL PAGO: _____	Por semana	Cada dos semanas (26 pagos al año)
					Dos veces por mes (24 pagos al año)	

El empleado: recibe talones de pago de nómina NO recibe talones de pago de nómina tiene acceso al pago en línea mediante el siguiente sitio web: _____

HORARIO DEL EMPLEO (Indique los días y horas en que trabaja el empleado y si las horas son a. m. o p. m.)
NOTA: si el horario varía, dé un ejemplo de horario para 4 semanas.

PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA
Lu. de _____ a _____ hasta: _____	Lu. de _____ a _____ hasta: _____	Lu. de _____ a _____ hasta: _____	Lu. de _____ a _____ hasta: _____
Ma. de _____ a _____ hasta: _____	Ma. de _____ a _____ hasta: _____	Ma. de _____ a _____ hasta: _____	Ma. de _____ a _____ hasta: _____
Mi. de _____ a _____ hasta: _____	Mi. de _____ a _____ hasta: _____	Mi. de _____ a _____ hasta: _____	Mi. de _____ a _____ hasta: _____
Ju. de _____ a _____ hasta: _____	Ju. de _____ a _____ hasta: _____	Ju. de _____ a _____ hasta: _____	Ju. de _____ a _____ hasta: _____
Vi. de _____ a _____ hasta: _____	Vi. de _____ a _____ hasta: _____	Vi. de _____ a _____ hasta: _____	Vi. de _____ a _____ hasta: _____
Sá. de _____ a _____ hasta: _____	Sá. de _____ a _____ hasta: _____	Sá. de _____ a _____ hasta: _____	Sá. de _____ a _____ hasta: _____
Do. de _____ a _____ hasta: _____	Do. de _____ a _____ hasta: _____	Do. de _____ a _____ hasta: _____	Do. de _____ a _____ hasta: _____
NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____	NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____	NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____	NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____

Fecha efectiva del comienzo del cambio de horario: _____

LICENCIA EXTENDIDA

¿Se considera que el empleado es un trabajador temporal? Sí No Fecha efectiva del comienzo de la licencia extendida: ____/____/____

EMPLEO TEMPORAL/ESTACIONAL

¿Se considera que el empleado es un trabajador temporal? Sí No Si se considera que el empleado es un trabajador temporal, ¿cuál es la última fecha de empleo garantizado? ____/____/____

Si el empleado es un trabajador estacional, indique: Último día de trabajo antes del periodo de receso: ____/____/____ Fecha estimada de regreso después del periodo de receso: ____/____/____
Entiendo que la información provista se usará para determinar la elegibilidad del empleado antes mencionado para recibir los beneficios de cuidado infantil subvencionado.

NOMBRE Y CARGO DEL EMPLEADOR EN LETRA DE IMPRENTA _____

FIRMA DEL EMPLEADOR _____

FECHA _____

Formulario de verificación de empleo

Estimado empleador:

Uno de sus empleados ha solicitado asistencia para pagar los costos del cuidado de su hijo/a y debemos verificar que trabaje para usted. Esta información nos ayudará a determinar si este empleado es elegible para participar en el programa de cuidado infantil subvencionado. Envíe el formulario por correo directamente al Centro de Recursos para el Aprendizaje Temprano (por sus siglas en inglés, ELRC).

Un REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA autorizado (no el empleado) debe completar este formulario.

Necesitamos recibir un registro exacto del horario y de los ingresos del trabajo de su empleado. Complete la información en el reverso de esta página. Es muy importante que las horas incluidas sean específicas y contengan la indicación de a. m. o p. m. (por ejemplo, 7:30 a. m. a 3:30 p. m.). Si el horario del empleado varía, dé un ejemplo de horario para 4 semanas. No es necesario que dé un ejemplo de horario para 4 semanas, a menos que el horario del empleado varíe de semana a semana.

Muchas gracias por su tiempo y ayuda. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con ELRC que se indica a continuación.



**EARLY LEARNING
RESOURCE CENTER**
OFFICE OF CHILD DEVELOPMENT AND EARLY LEARNING

Mail, Fax, Email or Drop-Off to:
Early Learning Resource Center
4893 State Route 30, Suite 1
Greensburg, PA 15601
Phone: 1-800-548-2741
Fax: 724-836-5415
Email: ELRCRegion4@PA.GOV

You can also Drop Off to our Satellite Offices:

Fayette County 35 Morgantown Street, Suite B Uniontown, PA 15401	Washington County 148 N. Main Street Washington, PA 15301
---	---