



Nombre de niño(a): _____ Nombre del centro: _____

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE EMPLEO COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Imprimir)

Nombre y apellido del empleado (en letra de imprenta)	Número de teléfono de la empresa	
Nombre comercial de la compañía	Nombre de contacto de la compañía	Número de fax
Dirección de la compañía	Ciudad	Código postal
Días y horas hábiles habituales de la compañía		

Fresno EOC tiene permiso para contactar a mi empleador para verificar mi información de empleo y ingresos.

Firma del empleado

Fecha

El empleador se negó a proporcionar la información laboral solicitada. (Adjunte recibo de sueldo e información completa del empleador).

Contactar a mi empleador afectaría negativamente mi empleo. (Adjunte recibo de sueldo e información completa del empleador).

INFORMACION DE EMPLEO: **completado por el empleador o por teléfono con el Liaison de CSPP**

Para poder brindar servicios de cuidado y desarrollo infantil a su empleado, debemos tener verificación de su empleo. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, comuníquese con un Liaison de CSPP al (559) 263-1251 o 263-1295.

HORARIO FIJO: especifique que el empleado tiene un horario de trabajo establecido para cada día (Ejemplo: lunes de 8 a. m. a 5 p. m.)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	viernes	Sábado	Domingo

HORARIO VARIABLE - Por favor especifique el horario de trabajo variable del empleado. Posibles días que el empleado puede trabajar

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Hora más temprana de inicio del trabajo: _____
(Ejemplo 8:00am)

Última hora de finalización del trabajo: _____
(Ejemplo 5:00pm)

Número de horas trabajadas por día: _____
(Ejemplo 8 hours)

¿El empleado trabaja horas extras: Nunca A menudo ¿Ocasionalmente?

INFORMACIÓN SOBRE SALARIOS DEL EMPLEADO:

Método de pago: Cheque de pago Efectivo Cheque **Pago por hora:** \$ _____ per _____
personal (Exp. \$10.00) (Exp. Hora/Día/Semana/Mes)

Periodo de pago: A diario Semanalmente Cada dos semanas dos veces al mes Mensual

¿El empleado recibe alguno de los siguientes? Horas extra de trabajo Comisión Propinas Bonos Ninguno?

Nombre de la persona que completa el formulario

Firma

Fecha



Fresno EOC
Head Start
0 to 5

Early Care
&
Education

Gracias por completar este formulario y devolverlo por fax o por correo.

Fax: (559) 262-1677

Correo: Preescolar Estatal EOC de Fresno, 1920 Mariposas Street, Suite 200, Fresno CA, 93721

Atención: Helen Uyeda