

Este document deber ser completado por el empleador. La informacion sera utilizada para determinar elegibilidad para servicios para el empleado.

Fecha: _____

Atención Empleador:

Para determinar la elegibilidad de _____ para la asistencia financiera con el Early Learning Coalition de Hillsborough County Programa de School Readiness, por favor complete este formulario y devolverlo a su empleado lo más pronto posible. El empleado se le ha dado catorce (14) días calendario para devolver este formulario a nuestra oficina.

Empleador Completa Sección I, II, y III.
SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____ Últimos Cuatro de SSN #: _____

Fecha Que Comenzó el Empleo: _____ Fecha de Primer Pago: _____

 Tarifa de Pago: _____ Cada: _____ ¿El Empleado Recibe Propinas?: Sí No
(Muestra Propinas en la Sección II)

¿Cuántas Horas por Semana Trabaja el Empleado? _____

¿A Que Tiempo del Día Trabaja el Empleado? _____ Hora: _____

 ¿Trabaja los Fin de Semanas el Empleado? Sí No ¿Tiene Días Libre?: _____

 ¿Es el Empleo? Permanente Temporal Estacional de: _____ a _____

¿En Qué Día de la Semana Recibe Pago el Empleado? _____

SECTION II: PAYROLL RECORD

In the table below, list the requested information for the most recent six (6) weeks:

Día de Pago	Ingresos Completo	Salario Neto	Número de Horas Trabajadas	* Cantidad de Propinas <i>(si no se sabe, indica la cantidad normal para el trabajo)</i>	Beneficios o Vendajes	Deducciones de Manutención de Niños

Si el número de horas o tarifa de pago son diferentes cada semana, por favor explique: _____

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE EMPLEADOR

La información escrita en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo sé que si he dado información falsa intencionalmente, puedo estar sujeto a enjuiciamiento por fraude.

Nombre del Negocio:: _____

Dirección:: _____ Número de Teléfono:: _____

Firma del Empleador

Oficio

Fecha

Empleador anterior solamente complete sección IV

SECCIÓN IV: LA PÉRDIDA / ROTURA DE INGRESOS O EMPLEO

Nombre del Empleado: _____ Últimos Cuatro de SSN #: _____

Fecha de Ultimo Día de Empleo _____ Razón: _____

Pérdida de Ingresos o Terminación de Empleo es: Permanente Ausencia Sin Pago Temporal

¿Si es ausencia sin pago o temporal, cuando va regresar al trabajo? _____

La información escrita en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo sé que si he dado información falsa intencionalmente, puedo estar sujeto a enjuiciamiento por fraude.

Nombre del Negocio:: _____

Dirección:: _____ Número de Teléfono:: _____

Firma del Empleador

Oficio

Fecha

OFFICE USE ONLY:

Loss/Break of Employment Verified By: _____ **Date Received:** _____

Phone: _____ **Verified with:** _____ **Position:** _____

Verification Attempts (1): **Date:** _____ **Time:** _____ **CSS:** _____

Verification Attempts (2): **Date:** _____ **Time:** _____ **CSS:** _____