

Este documento deber ser completado por el empleador. La información será utilizada para determinar elegibilidad para servicios para el empleado a continuación.

Fecha: _____

Atención Empleador:

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

Empleador Actual Complete Secciones I, II, y III.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____ Fecha Que Comenzó el Empleo: _____

Fecha de Primer Pago: _____ Día de la Semana de Pago del Empleado: _____

Tarifa de Pago: _____ Hora Semana Mes / ¿El Empleado Recibe Propinas/Bonos?: Sí No
(Si marcó si, informe las propinas/bonos en la Sección II)

¿Cuántas Horas por Semana Trabaja el Empleado (no ponga "variadas")? _____

Frecuencia de pago: Semanal Quincenal Dos veces al mes Mensual

El Empleado Trabaja: Mañana Tarde Noche Fines de Semana Dias de Descanso: _____

¿Es el Empleo? Permanente Temporal Estacional desde: _____ hasta: _____

SECTION II: PAYROLL RECORD

En la tabla a continuación documente la información de las últimas cuatro (4) semanas:

| 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> | Bonos / Comisiones | 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: _____

Nombre Impreso de Empleador: _____

Firma de Empleador: _____

Oficio: _____

Fecha: _____