

Fecha: _____

Para proporcionar servicios de cuidado de niños para _____ durante las horas de empleo de la tarde, la noche y / o fines de semana, nuestra agencia tiene que verificar el horario de trabajo.

Por favor, complete y devuelva este documento al ELCHC por:: _____

Firma de Padre/Guardián Fecha

Empleador Completa Sección I, II, y III.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____ **SSN #/ID:** _____

Dias de Trabajo	De (Hora)	A (Hora)
Lunes	___ : ___	___ : ___
Martes	___ : ___	___ : ___
Miercoles	___ : ___	___ : ___
Jueves	___ : ___	___ : ___
Viernes	___ : ___	___ : ___
Sabado	___ : ___	___ : ___
Domingo	___ : ___	___ : ___

SECCIÓN II - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Negocio: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN III - VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR SECTION III: EMPLOYER VERIFICATION

NO VAMOS ACEPTAR ESTE DOCUMENTO SI NO ESTÁ FIRMADO. LA PERSONA QUE FIRMA ESTA DOCUMENTO DEBE SER AUTORIZADO Y DISPONIBLE POR TELÉFONO PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN SI ES NECESARIO.

Lo que he escrito en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Sé que si doy información falsa a propósito, puedo estar sujeto a enjuiciamiento por fraude..

Firma del Empleador Nombre del Empleador (en letra de imprenta)

Oficio Fecha

OFFICE USE ONLY:
Date Received: _____ **Received by:** _____
Form Completed? Yes No **If no, reason:** _____
