EARLY LEARNING
COALITION OF HILLSBOROUGH COUNTY

Verificación de Pérdida de Ingresos

Programa de School Readiness

(Rev. 9.28.18)

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 Anterior

SECCIÓN IV: LA PÉRDIDA / RUPTURA DE EMPLEO O INGRESOS

Nombre del Empleado: _____

Fecha de Último Dia de Empleo _____ Razón: _____

La Pérdida de Ingresos o Terminación del Empleo es: ☐ Permanente ☐ Licencia Sin Pago ☐ Temporal

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

La información escrita en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Soy consciente de 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:

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:** _____