

**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 Día 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: