Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Empleo Verificación

Employment Verification

Fecha:
Número de identificación del cliente

Sección 1: Para ser llenada por el cliente/empleado.

Autorizo a mi empleador a divulgar información al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias.

FIRMA DEL EMPLEADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	FECHA

Sección 2: Para ser llenada por el empleador.

NOMBRE DEL EMPLEADO	NOMBRE DEL EMPLEADOR
PUESTO DEL EMPLEADO	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR

¿Es éste un empleo nuevo? ☐ No ☐ Sí	FECHA EN QUE EL EMPLEADO EMPEZÓ A TRABAJAR	FECHA EN LA QUE SE RECIBIÓ EL PRIMER CHEQUE

PROMEDIO DE HORAS SEMANALES	SUELDO O SALARIO (POR HORA, POR DÍA O POR PIEZA)	¿Finalizó el empleo? ☐ No ☐ Sí Si contestó que sí, cuándo: por qué:

Frecuencia de pago ☐ Diaria ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual

¿Es el empleo un trabajo estudiantil? ☐ Sí ☐ No	SI CONTESTÓ QUE SÍ, PROPORCIONE COMPROBANTE DE LA AYUDA FINANCIERA ASIGNADA TOTAL	¿CUÁNDO FINALIZARÁ SU PUESTO?

Ingresos brutos reales (o adjunte impresión de su nómina) de los últimos tres meses:

MES: $	MES: $	MES: $

Propinas ☐ No ☐ Sí; si contestó que sí, ¿con qué frecuencia y cuánto? _____

Comisiones ☐ No ☐ Sí; si contestó que sí, ¿con qué frecuencia y cuánto? _____

Bonificaciones ☐ No ☐ Sí; si contestó que sí, ¿con qué frecuencia y cuánto? _____

Tiempo extra ☐ No ☐ Sí; si contestó que sí, ¿con qué frecuencia y cuánto? _____

Reembolsos ☐ No ☐ Sí; si contestó que sí, ¿con qué frecuencia y cuánto? _____

Horario de trabajo (incluir los tiempos exactos cuando se pueda):

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

FIRMA DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE	FECHA
NOMBRE Y TÍTULO DEL EMPLEADOR/REPRESENTANTE	NÚMERO DE TELÉFONO

Este formulario puede entregarse a:

Fax: 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center
Department of Children, Youth, and Families
P.O. Box 11346
Tacoma WA 98411-9903