

Programa de Subsidios del Condado de San Francisco

Formulario de Verificación de Empleo (02/15/2017)

Nombre de Empleado _____ ID de Empleado: _____

Nombre del Negocio/Compañía _____ Número de Teléfono del Negocio/Compañía _____

Dirección del Negocio/Compañía _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre(s) del Niño(s) _____

MI FIRMA AUTORIZA A MI EMPLEADOR A DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

A COMPLETAR O SER PROVEADA POR EL EMPLEADOR

REGRESAR A LA ATENCIÓN DE: _____

Nombre de Personal de Agencia Número de Teléfono de Personal de Agencia

ENVIADO POR: Fax: _____ Escanear & Correo Electrónico: _____

Numero de Fax de Agencia Correo Electrónico de Personal de Agencia

Fecha de Contratación: _____ Título Profesional: _____

Descripción del Trabajo: _____

Tipo de Horario: ESTABLECIDO VARIABLE EN LLAMADA

Horario de Trabajo: Si establece el horario, por favor proporcione la hora de inicio y finalización por día. (ejemplo: 8am-5pm)

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIENES	SÁBADO
Horario de Trabajo	Comenzar: _____	Comenzar: _____	Comenzar: _____	Comenzar: _____	Comenzar: _____	Comenzar: _____	Comenzar: _____
	Terminar: _____	Terminar: _____	Terminar: _____	Terminar: _____	Terminar: _____	Terminar: _____	Terminar: _____

Horario de Trabajo: Si el horario es **VARIABLE**, marque todos los días posibles de trabajo.

DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB

Número total de horas por semana: _____

Hora más temprana de trabajo: _____	Y	Hora más tardar de fin de trabajo: _____
Horas mínimas por día: _____	Y	Horas máximas al día: _____
Días mínimos por semana: _____	Y	Días máximos por semana: _____

Información Salarial:

Tarifa de Pago: _____ por HORA DÍA SEMANA MES

Tipo de Pago: CHEQUE DE EMPRESA CHEQUE PERSONAL EFECTIVO OTRO _____

Período de Pago: SEMANAL BI- SEMANAL BI-MENSUAL MENSUAL

¿Este empleado obtendrá horas extras? SÍ NO Si "sí", ¿con qué frecuencia es el tiempo extra? _____

YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN DECLARADA ANTERIOR ES VERDADERA Y EXACTA.

NOMBRE Y CARGO DEL EMPLEADOR FIRMA DEL EMPLEADOR

CORREO ELECTRONICO TELÉFONO DE CONTACTO FECHA

STAFF USE ONLY (see Title 5, §18086)

Verification: Date: _____ Time: _____

Name and Title of employer representative who confirmed above information

Comments/Notes: _____

Staff name: _____ **Staff signature:** _____