San Diego Unified School District
Early Childhood Education Programs

**OFFICE USE** PSS: _____

Verified By: _____ Date: ____

# VERIFICACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS

## PARTE I DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE

**NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO**

**NOMBRE DEL EMPLEADO:** _____ ( ) _____

*Apellido* *Nombre* *Segundo nombre* *# de Teléfono del Hogar*

**DOMICILIO:** _____ ( ) _____

*Número y Calle* *Ciudad* *Estado* *Código Postal* *# de Teléfono del Trabajo*

**MI FIRMA AUTORIZA A MI EMPLEADOR EL PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA ENSEGUIDA**

_____ _____

***Firma del Padre*** ***Fecha de Firma***

## PARTE II DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR

**NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO** (Por favor complete todas las secciones. Si no es aplicable, escriba N/A)

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** _____

**DOMICILIO DE LA EMPRESA:** _____

*Número y Calle* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

**La siguiente información certifica los datos de empleo del Sr. / Sra.:** _____

**Posicioñ/Titulo:** _____ **Primer Día de Empleo:** _____

**Salanos Brutos:** *(Marque Uno)*
***(Antes de Impuestos)*** **$** _____ **Por:** ☐ Hora ☐ Semana ☐ 2 Semanas ☐ ½ Mes ☐ Mes ☐ de ano

**Propinas/Comisiones:** *(Marque Uno)*
**$** _____ **Por:** ☐ Hora ☐ Semana ☐ 2 Semanas ☐ ½ Mes ☐ Mes ☐ de ano

**Bonos:** *(Marque Uno)*
**$** _____ **Por:** ☐ Hora ☐ Semana ☐ 2 Semanas ☐ ½ Mes ☐ Mes ☐ de ano

**LOS DIAS DE TRABAJO DEL EMPLEADO SON:** ***(Por favor especifíque "a.m." o "p.m.")***

*(Marque Días De Trabajo)*

**De:** _____ ☐ *a.m.* ☐ *p.m.* **A:** _____ ☐ *a.m.* ☐ *p.m.* **En:** ☐ DOM ☐ LUN ☐ MAR ☐ MIER ☐ JUE ☐ VIER ☐ SAB

**Hora de Entrada** **Hora de Salida**

**El Empleado Trabaja:** _____ **Horas por Semana**

***Número #***

**Horario de Trabajo del Empleado:** *(Marque Uno)*
☐ *Impredecible ☐ Regular ☐ Cuando Se Le Necesita

**El Sueldo se Paga al Empleado:** *(Marque Uno)*
☐ Semanalmente ☐ 2 Veces Al Mes ☐ Cada 2 Semanas ☐ Mensualmente ☐ Por Hora
**(24 periodos de pago por año)** **(26 periodos de pago por año)**

**El Empleado Paga en Efectivo:** ☐Si ☐No

***COMENTARIOS:***

*Horarios de trabajo impredecibles deberán ser actualizados por lo menos cada mes, hasta que el horario de empleo sea predecible. (Para familias de CCTR solamente)

**YO, CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN ESCRITA EN ESTE FORMULARIO ES, A MI ENTENDER, VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA, Y PUEDE SER VERIFICADA POR UN REPRESENTANTE DE CDC.**

_____ _____

***Firma del Empleador*** ***Fecha de Firma***

_____ _____

***Nombre en Letra de Molde y Posición/Título*** ***Número de Teléfono del Empleador***