



Verification of Employment/Loss of Income

Verificación de Empleo/Pérdida de Ingreso



Applicant Solicitante	Submit by <i>Presentar antes de</i>

In order to determine the eligibility for financially assisted child care services, please assist us by answering the questions below.

Con el fin de determinar su elegibilidad para asistencia financiera para servicios de cuidado infantil, por favor conteste el formulario.

Employer Information

Información del Empleador

Employer Name (Print) Nombre del Empleador	Date Fecha
--	--------------

Address Dirección	City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
---------------------	---------------	----------------	--------------------------

Section I General Information

Información General

Name Of Employee Nombre del Empleado	Social Security # Número de Seguro Social
Address of Employee Dirección del Empleado	

1	Job title or type of work performed <i>Título o posición del empleado</i>	Hours worked per week <i>Total de horas trabajada</i>	Days worked per week <i>Días que trabaja por semana</i>
	How often is/was the employee paid? <i>Con que frecuencia recibe pago?</i> <input type="checkbox"/> Daily <i>Diario</i> <input type="checkbox"/> Weekly <i>Semanal</i> <input type="checkbox"/> Biweekly <i>Quincenal</i> <input type="checkbox"/> Twice Monthly <i>Dos veces al mes</i> <input type="checkbox"/> Monthly <i>Mensual</i>	Rate of pay per hour <i>Cuanto le pagan por hora</i> \$ _____	<input type="checkbox"/> Other pay rates (Explain) <i>Frecuencia de pago (Explique)</i>
3	Number of dependents claimed <i>Número de dependientes</i>	Date current employment began <i>fecha cuando comenzó empleo</i>	Date previously employed <i>Fecha de empleo previo</i>
	Does/did employee receive tips / commission? <i>¿El empleado recibe propinas o comisiones?</i>	If yes how much <i>Cuánto</i> \$ _____ When <i>Cuánto</i>	Is/was employment seasonal? <i>Empleo es temporal?</i>
4	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, season begins <i>Cuándo empieza temporada</i>
			Ends <i>termina</i>



Section II – Loss of Income *Pérdida De Ingreso*

Complete this section only if you are reporting a loss of income.

Complete esta sección si Ud. está reportando pérdida de ingresos.

Date employment ended <i>Fecha que el empleo terminó?</i>		Reason for termination <i>Razón porqué el empleo terminó?</i>	
Is the loss of income <input type="checkbox"/> Permanent <i>Permanente</i> <input type="checkbox"/> Temporary <i>Temporal</i> <i>Indique la pérdida de ingreso</i>	If temporary, when do you expect the employee to return to work? <i>Si temporal, cuándo regresa al empleo?</i> ____/____/____	Date employee received final check <i>Fecha que recibió el último cheque</i> ____/____/____	Gross amount <i>Ingresos brutos</i> \$ _____
Will employee receive any vacation pay, retirement refund, or other? <i>El empleado va recibir pagos por vacaciones, fondos de retiro u otros?</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	if yes, what type? <i>Si la respuesta es sí, indique qué tipo.</i> _____	Date received <i>Fecha que recibió pago</i> ____/____/____	Amount <i>Cantidad</i> \$ _____
Is employee eligible for any type of benefits from your company, such as extended insurance coverage, worker's compensation, other? <i>Es el empleado ilegible para recibir otros tipos de beneficios de su compañía, como seguros, compensación de trabajador u otros?</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, please explain <i>Por favor, explique</i> _____	Insurance Company <i>Nombre de compañía de seguro</i> _____	

– Shaded areas below should be completed by employer only –
– *Áreas sombreadas debajo deben ser completadas solamente por el empleador* –

Section III – Record of Pay Received *Lista De Pagos Recibidos*

Employer, please do not use white-out or correction fluid on this form. Please initial any changes.
Empleador, favor de no usar líquido correctivo en esta forma.

Pay period ends <i>Cierre de nómina</i>	Date pay received <i>Día de pago</i>	Gross earnings <i>Ingresos brutos</i>	Number of hours worked <i>Número de horas trabajadas</i>	Tips <i>Propinas</i>	Earned income credit <i>Crédito por ingresos</i>	Net Pay <i>Ingreso Neto</i>

– Shaded areas above should be completed by employer only –
– *Áreas sombreadas arriba debe ser completadas solamente por el empleador* –

Section IV – Employer Information | *Nombre del Empleador*

What I have written on this form is true to the best of my knowledge. I know that if I give false information, I may be subject to prosecution for fraud. Please be advised that this information will be verified with you to ensure authenticity.

Yo certifico que la información reportada en este formulario es correcta. Yo entiendo que reportar información falsa, podría ser cometido a juicio por fraude.

Employer | *Nombre de Empleador en letra de molde*

Employer's Title | *Título del Empleador*

Employer's Signature | *Firma del Empleador*

Date Completed | *Fecha*

Telephone Number | *Número de Teléfono*

Business Name | *Nombre de Negocio*

Address | *Dirección*

