



Verificación de empleo para programas subsidiados

Nombre del padre (favor escribir en letra de molde): _____ Yo _____ (Firma del padre)

STAIRS, INC. autorizo a mi empleador a proveer la información siguiente a Crystal Stairs, Inc. Yo también doy autorización a Crystal Stairs para que contacte a mi empleador mencionado al posterior, para que verifique cualquier información de este documento.

Para ser llenado solamente por el empleador

Título del trabajo del empleado: _____ fecha de contratación: _____

PARA CADA PREGUNTA MARQUE UNA RESPUESTA:

FECHA DE TERMINACIÓN DE EMPLEO (SI aplica): _____

LA POSICIÓN DEL EMPLEADO ES permanente ASIGNACIÓN TEMPORAL: EMPIEZA ____/____/____
TERMINA ____/____/____

AL EMPLEADO SE LE PAGA CON: CHEQUE DE NÓMINA CHEQUE Personal DINERO EN EFECTIVO

AL EMPLEADO SE LE PAGA: \$_____/POR HORA \$_____/por Día \$_____/POR SEMANA
 \$_____/POR MES

PERÍODO DE PAGOS: SEMANAL CADA 2 SEMANAS DOS VECES AL MES MENSUALMENTE

HORARIO DE TRABAJO DEL EMPLEADO:

ÉSTE ES UN CAMBIO DEL HORARIO DE TRABAJO:
FECHA INICIAL:

____/____/____

	HORA DE COMIENZO	A.M.	P.M.	HORA DE FINALIZACIÓN	A.M.	P.M.
LUNES						
MARTES						
MIÉRCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SÁBADO						
DOMINGO						

LOS DÍAS VARÍAN LAS HORAS VARÍAN LOS DÍAS Y HORAS VARÍAN

EL NÚMERO DE HORAS **por semana** va de _____ horas a _____ horas.

este empleado/a está en ausencia temporal por maternidad o incapacidad:
fecha de comienzo: ____/____/____ fecha de terminación: ____/____/____

Certifico bajo pena de perjurio que hasta donde yo sepa, la información registrada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que toda la información de este formulario se mantendrá en forma confidencial y sólo estará disponible para el personal de Crystal Stairs, Inc.. los funcionarios del departamento de educación de California v el personal encarado de verificar la información.

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA TODA LA INFORMACIÓN DE ABAJO, EXCEPTO LA FIRMA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/DEL EMPLEADOR PRIVADO (_____) TELÉFONO DEL EMPLEADOR # _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL _____

Escriba en letra de molde el nombre del representante del personal que llenó este formulario y su título

Firma del representante del personal Fecha en que se llenó el formulario _____

Para uso exclusivo de la oficina: Fecha: ____/____/____
Empleo verificado por: _____ Habló con: _____