



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SALARIO

4-C: Community Coordinated Child Care 155 N Third Street Suite 300 DeKalb, IL (800) 848-8727x225 Fax (815) 758-5652

(ESTE FORMULARIO SOLO PUEDE SER UTILIZADO SI EL CLIENTE NO HA SIDO EMPLEADO LO SUFICIENTE PARA TENER DOS TALONES DE LOS INGRESOS CONSECUTIVOS)

Por este medio, autorizo a mi empleador a proveer la siguiente informacion al Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

INFORMACION SOBRE EL EMPLEO (para ser completado por empleador solamente).

Nombre de la Compañia: _____

Dirección Comercial/Postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Ext. _____

Nombre del empleado: _____

Número de Seguro Social (Opcional): _____ Fecha que comenzó el empleo: ____/____/____

Salario total: _____ Salario por hora: _____ Propinas: _____

Periodo de pago: Semanalmente Bisemanalmente Dos veces al mes Mensualmente

POR FAVOR SOLAMENTE MARQUE CAJA SI LE PAGAN EN EFECTIVO AL EMPLEADO

PROVEA UN EJEMPLO DE UN HORARIO

(POR FAVOR NO ESCRIBA "VARIADO")

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total de horas trabajadas semanalmente:	
Desde:	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.		
Hasta:	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.	a.m. p.m.		

Si el empleado está regresando después de una ausencia con licencia o si esta es una verificación para un nuevo horario, por favor

indique la fecha en que el nuevo periodo entra efecto: ____/____/____.

Comentarios Adicionales:

FIRMA DEL EMPLEADOR

TÍTULO

NOMBRE DEL EMPLEADOR EN LETRA DE MOLDE

FECHA

EL FORMULARIO COMPLETADO PUEDE SER ENVIADO POR FAX AL:

(815) 758-5652

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al programa de asistencia en el cuidado de niños 4-C al:

(815) 758-8149 ó (800) 848-8727 Ext. 240 ó 231