

NOMBRE DEL EMPLEADOR/LUGAR DEL EMPLEO:	NOMBRE DEL SUPERVISOR INMEDIATO:	CARGO DEL SUPERVISOR INMEDIATO:
--	----------------------------------	---------------------------------

Autorizo la divulgación de esta información y doy permiso a la agencia de Servicios de Información sobre el Cuidado Infantil (por sus siglas en inglés, CCIS) para verificar toda la información contenida en este formulario.

NOMBRE DEL EMPLEADO EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

LAS SIGUIENTES SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR SU EMPLEADOR

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL (EIN):	DIRECCIÓN DEL EMPLEO:	NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: () -
--	-----------------------	--

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

CARGO DEL EMPLEADO:	¿El empleado antes mencionado ha sido contratado recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE COMIENZO DEL EMPLEO: ___/___/___
---------------------	---	--

INGRESOS DEL EMPLEO

TARIFA POR HORA: \$	PAGO BRUTO: \$	PROMEDIO DE PROPINAS DIARIAS: \$	PRÓXIMA FECHA DE PAGO: ___/___/___	FRECUENCIA DEL PAGO: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas (26 pagos al año) <input type="checkbox"/> Dos veces por mes (24 pagos al año) <input type="checkbox"/> Por mes
------------------------	-------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

El empleado: recibe talones de pago de nómina NO recibe talones de pago de nómina tiene acceso al pago en línea mediante el siguiente sitio web:

HORARIO DEL EMPLEO (Indique los días y horas en que trabaja el empleado y si las horas son a. m. o p. m.)

NOTA: si el horario varía, dé un ejemplo de horario para 4 semanas.

PRIMERA SEMANA Fechas: desde: _____ hasta: _____	SEGUNDA SEMANA Fechas: desde: _____ hasta: _____	TERCERA SEMANA Fechas: desde: _____ hasta: _____	CUARTA SEMANA Fechas: desde: _____ hasta: _____
Lu. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Lu. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Lu. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Lu. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
Ma. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Ma. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Ma. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Ma. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
Mi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Mi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Mi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Mi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
Ju. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Ju. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Ju. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Ju. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
Vi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Vi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Vi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Vi. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
Sá. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Sá. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Sá. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Sá. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
Do. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Do. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Do. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.	Do. de _____ A.M./P.M. a _____ A.M./P.M.
NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____	NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____	NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____	NÚM. TOTAL DE HORAS POR SEMANA: _____

Fecha efectiva del comienzo del cambio de horario:

LICENCIA EXTENDIDA

¿Se considera que el empleado es un trabajador temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha efectiva del comienzo de la licencia extendida: ___/___/___	Fecha de regreso de la licencia extendida: ___/___/___
--	---	--

EMPLEO TEMPORAL/ESTACIONAL

¿Se considera que el empleado es un trabajador temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si se considera que el empleado es un trabajador temporal, ¿cuál es la última fecha de empleo garantizado? ___/___/___
--	--

Si el empleado es un trabajador estacional, indique: Último día de trabajo antes del período de receso: ___/___/___	Fecha estimada de regreso después del período de receso: ___/___/___
---	--

Entiendo que la información provista se usará para determinar la elegibilidad del empleado antes mencionado para recibir los beneficios de cuidado infantil subvencionado.

NOMBRE Y CARGO DEL EMPLEADOR EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

Estimado empleador:

Uno de sus empleados ha solicitado asistencia para pagar los costos del cuidado de su hijo/a y debemos verificar que trabaje para usted. Esta información nos ayudará a determinar si este empleado es elegible para participar en el programa de cuidado infantil subvencionado. Envíe el formulario por correo directamente a la agencia de Servicios de Información sobre el Cuidado Infantil (por sus siglas en inglés, CCIS).

Un REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA autorizado (no el empleado) debe completar este formulario.

Necesitamos recibir un registro exacto del horario y de los ingresos del trabajo de su empleado. Complete la información en el reverso de esta página. Es muy importante que las horas incluidas sean específicas y contengan la indicación de a. m. o p. m. (por ejemplo, 7:30 a. m. a 3:30 p. m.). Si el horario del empleado varía, dé un ejemplo de horario para 4 semanas. **No es necesario que dé un ejemplo de horario para 4 semanas, a menos que el horario del empleado varíe de semana a semana.**

Muchas gracias por su tiempo y ayuda. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con la agencia CCIS que se indica a continuación.

CCIS:

Office of Child Day Care Services/
Child Care Information Services of
Montgomery County
1430 DeKalb Street
P.O. Box 311
Norristown, PA 19404-0311
610-278-3707 or 800-281-1116
FAX: 610-278-5161
montcopa.org/ccis