

EMPLOYMENT VERIFICATION
VERIFICACION del EMPLEO

The following information is requested to justify enrollment in a subsidized child care & development program for your employee. All information provided will be held confidential. Thank you for your cooperation.
La siguiente información es solicitada para justificar matriculación para su empleado en el programa de cuidado de niños y desarrollo subvencionado. Toda la información proporcionada será mantenida confidencial. Gracias por su cooperación.



Name of Parent Employee/Nombre del Padre Empleado _____

My signature authorizes Changing Tides Family Services staff to verify information relating to my employment.
Mi firma autoriza el personal de Changing Tides Family Services a verificar la información relacionada a mi empleo.

 Signature of Parent/Firma del Padre

_____/_____/_____
 Date/Fecha

THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY THE EMPLOYER ONLY USING BLUE OR BLACK INK
EL SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR SOLO UTILIZANDO TINTA AZUL O NEGRA

Job Title/Cargo: _____

First Date of Employment/La fecha en que comenzó el empleo: ____/____/____

Date Schedule Changed/La Fecha de Cambio de Horario: ____/____/____

Days/Días	Sunday Domingo	Monday Lunes	Tuesday Martes	Wednesday Miércoles	Thursday Jueves	Friday Viernes	Saturday Sábado
Time in/ Hora de entrar	:	:	:	:	:	:	:
Time Out/ Hora de salir	:	:	:	:	:	:	:
Check probable work days/ Marque los días probables de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Minimum hrs/week *Las horas mínimas/semana*: _____ Maximum hrs/week *Las horas máximas/semana*: _____

Duration of Meal Time Given Each Day/ *La duración de lonche cada día*: _____

Check here if temporary work/ *Marque la caja si es empleo temporal*

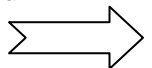
If temporary, expected date employment will end/ *Si es empleo temporal, que fecha será su ultimo día* _____

Check here for on-call/intermittent only work schedule/ *Marque aquí solo para el trabajo en llamada/intermitente*

Occasionally Works Extra Hours or Days/ *A veces trabaja horas o días extras*: Yes/Sí No

Child Care Services

Please complete page 2/Favor de terminar la segunda pagina



Carol A. Hill, Executive Director | Donna Miller-Michaud, Deputy Director

Child Care Services/Subsidies/Referrals | Special Needs Services | Mental Health Services | Parent Supports

2259 Myrtle Avenue, Eureka, CA 95501 | 707.444.8293 (P) | 800.795.3554 | 707.444.8298 (F) | www.changingtidesfs.org

Frequency of pay/ *La frecuencia de pago*: Weekly/*Semanal* Every Other Week/ *Cada Quincena*
 Twice a Month/*Dos Veces por Mes* Monthly/ *Mensual*

Dates checks issued to employees/ *Fecha de emitir los cheques a los empleados*
 _____(i.e. every other Friday, 10th and 25th) (*p.ej.: cada quincena o el 10 y 25*)

Employee receives the following/ *El empleado recibe el siguiente*: Bonuses/*Bonus* Tips/*Propinas*
 Overtime/*Sobretiempo* Commission/*Comisión*

Gross Monthly Salary/ *El Ingreso Mensual Bruto* \$_____ or Hourly Rate/ *o El Sueldo por Hora* \$_____

I verify under penalty of perjury that this information is complete and correct.

Verifico bajo pena de perjurio que esta información es completa y correcta.

 Business Name/*Nombre de Negocio* (_____) Phone/*Teléfono* (_____) Fax _____

 Physical Address/*Dirección* _____ City/*Ciudad* _____ Zip Code/*Código Postal* _____

 Legal Signature of Employer /*La Firma legal de Empleador* _____ Printed Name /*Nombre (letra molde)* _____ Title /*Cargo* _____ Date/ *Fecha* _____

For Office Use Only * DO NOT WRITE BELOW THIS LINE *** For Office Use Only**
Solo para el Uso de la Oficina * NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA *** Solo Para el Uso de la Oficina**

Name of Contact _____ Date of Verification _____ Staff Initials _____
 CM verified that employee receives : Bonuses Tips Overtime Commission None of these
 Duration of Meal Period _____ Notes: _____

Aug. 2011