

**CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
STATE PRESCHOOL**

FORMA DE VERIFICACION DEL EMPLEADO

Nombre del empleado: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Tel: _____

Dirección: _____ No. Identificación de impuesto federal o estatal _____

Por favor proporcione dos nombres y teléfono de sus clientes:

Cliente 1: _____ Telefono _____

Cliente 2: _____ Telefono _____

Fecha de contratación: _____ Horario de empleo: de: _____ a: _____

Días de trabajo: DOM ___ LUN ___ MAR ___ MIE ___ JUE ___ VIE ___ SAB ___

Si el horario es flexible, indique: Mínimo de horas por semana: _____ Máximo de horas por semana: _____

Información de salario: Salario mensual bruto: \$ _____

 Sueldo por hora: \$ _____

 Sueldo semanal: \$ _____

 Sueldo cada dos semanas: \$ _____

 Sueldo quincenal: \$ _____

El empleado recibe otro pago adicional como, bono, comisión, incentivos o propinas? Sí ___ No ___

Que tipo? _____ Cuanto? _____ Con que frecuencia? _____

La información proporcionada es relacionada para la elegibilidad del empleado para recibir servicios del programa estatal de preescolar y está sujeta a verificación.

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información dada es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del empleador

Fecha

Internal use only

Verified by: _____ Date: _____

Comments: _____