



Child Care Services Verificación de Empleo/Ingresos

Nombre del Empleado: _____

TWIST id: _____

NOTA PARA LA EMPRESA: Esta es su autorización para divulgar la información relacionada con mi empleo como se requiere a continuación. Para establecer la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil, se necesita verificación de ingresos. Complete este formulario lo antes posible, ya que es necesario antes de que yo, o un miembro de mi familia, podamos determinar que soy elegible para el programa.

Se agradece su cooperación y la pronta devolución de esta información. Si tiene preguntas o para completarlo por teléfono, comuníquese con: Workforce Solutions para el sur de Texas al 956-794-1500 o envíe un correo electrónico a ccs@southexasworkforce.org

Gracias,

Fecha: _____

Firma del Empleado

TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

—

Empleado desde: ____/____/____ al ____/____/____ Puesto: _____
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Pago bruto (antes de las deducciones) por período de pago: \$_____ Promedio de # de Horas Programadas por Semana: _____

Frecuencia de Pago: Semanal Cada Dos Semanas Dos veces al mes Mensual

Horario de Trabajo Regular (ejemplo, Lunes – Viernes 8-5:00):

Frecuencia de pago por tiempo extra: Frecuentemente Es raro Nunca

Pago Mensual Estimado por Tiempo Extraordinario: _____

¿Este empleado recibe tips?: Sí No Ingreso Mensual Estimado por Tips: _____

¿Este empleado recibe bonos?: Sí No Ingreso Mensual Estimado por Bonos: _____

Comentarios:

Nombre y Cargo del Representate de la Empresa (Por favor escribe con letra de molde)

Firma del Representante de la Empresa

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE WORKFOCE SOLUTIONS

POR FAVOR ENVÍE A:

Workforce Solutions for South Texas _____

Attn: (Child Care Services) _____

POR CORREO: 1406 Jacaman Road, Suite A _____

Ciudad: Laredo Estado: TX Código Postal: 78041

POR FAX: 956-794-1530 _____

POR CORREO ELECTRÓNICO: ccs@southtexasworkforce.org

Este formulario puede ser completado por el personal de la Oficina de Soluciones de la Fuerza Laboral si se verifica mediante un contacto telefónico que indique quién proporcionó la información y la fecha en que se hizo el contacto telefónico.

Firma del personal de WSST

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del Revisor/Gerente

Nombre en letra de molde

Fecha

Comentarios del personal: