



SIR Child Care Services Verificación de Empleo

Nombre del Empleado: _____

NOTA PARA LA EMPRESA: Esta es su autorización para divulgar la información relacionada con mi empleo como se requiere a continuación. 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 Dennise Hidalgo 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/Añ Mes/Día/Año

Tipo de Empresa: _____

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

Firma del Representante de la Empresa

Fecha