



Verificación de empleo

La Oficina de Educación del Condado de Riverside por medio del departamento de Educación y Cuidado Temprano podría proporcionar servicios de cuidado infantil subsidiados a la persona que se indica a continuación. Para documentar la elegibilidad y la necesidad, se nos requiere obtener la siguiente información del empleador.

Consentimiento para divulgar información del empleado (llenado por el empleado):

Por medio de la presente, yo _____, autorizo a los Servicios de Aprendizaje Temprano que obtenga la información necesaria.

Firma del empleado

Número de Seguro Social

Fecha

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY EMPLOYER:

Esta compañía usa los servicios de The Work Number para toda la información relacionada con el estatus de empleo. Riverside County Office of Education, Early Care and Education no tiene acceso a información de verificación de empleo proporcionada por medio de www.theworknumber.com. Si su empleador participa en The Work Number, por favor solicítele su nombre de usuario y código de acceso para que usted pueda acceder la base de datos.

Nombre de la compañía (como listada en The Work Number)

Código de la compañía

This certifies that _____ is employed by _____
(Employee Name) (Company Name)

Work Site Address: _____ Work Site Phone: _____

Starting date of employment: _____ Employee is: Permanent Probationary Temporary

Employee Paid: Weekly Every other week Twice per month Monthly

Employee is: Salaried \$ _____ (per month) Hourly \$ _____ (per hour)

Employee Receives: Tips Commission Overtime pay

Work Schedule (Select One): Set Work Schedule (Complete Box A) Variable Work Schedule (Complete Box B)

Set Work Schedule (if employee has fixed days and hours of employment):

Box A	Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____
	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____

Box B

Variable Work Schedule (if days and hours of employment fluctuate):

Indicate days employee may be scheduled:

Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday

Minimum hours per week: _____ Maximum hours per week: _____

Supervisor Name (Print): _____ Position: _____

Company Physical Address: _____

City, State, Zip: _____

Company Telephone: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

SOLO PARA USO INTERNO/OFFICE USE ONLY: Verified By: _____ Date: _____

Verified With: _____