A.C.C.E.S.S.

A Child Care & Education Services System
Child Care Subsidy Programs

☐ 1850 Wardrobe Avenue
Merced, CA 95341
(209) 381-6790
FAX: (209) 381-6799

☐ 110 West G St., Suite C
Los Banos, CA 93635
(209) 827-5694
FAX: (209) 827-5693

SELF-EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

BUSINESS NAME: _____ **BUSINESS PHONE #:** _____

BUSINESS ADDRESS: _____

Please check the appropriate boxes below. Submit requested documentation with this completed form.

1. Do you have a business license to conduct business in the State of California? (If so, please attach license) ☐ Yes ☐ No
2. Do you have a professional license? (If so, please attach) ☐ Yes ☐ No
3. Is your office or place of work also your residence or located at your residence? ☐ Yes ☐ No
4. Is your office or place of work a rented property? (If so, please attach copy of Rental Agreement) ☐ Yes ☐ No
5. Do you have regular business hours? (If so, please attach) ☐ Yes ☐ No
6. Do you work for others on a contract basis? ☐ Yes ☐ No
7. Do you have advertising materials? (If so, please attach) ☐ Yes ☐ No

Please check the appropriate box below and describe the primary nature of your self-employment:

☐ Sales (real estate, retail business, etc.)
_____

☐ Landscape / Gardening (landscaping, landscaping design, etc.)
_____

☐ Domestic (house-cleaning business, etc.)
_____

☐ Cosmetology (hairdresser, nail technician, aesthtician, etc.)
_____

☐ Other (please describe.)
_____

Please select the box that best describes the basis for your income and tell how much you typically earn for that item and how many of those items you would be paid for in a month. (Example: Per haul $75 per haul, 22 hauls per month)

☐ Commission _____
☐ Per job _____
☐ Per sale _____
☐ Per piece _____
☐ Per mile _____
☐ Per haul _____
☐ Per item completed _____
☐ Other (Please describe) _____

Please document your schedule below:

Total number of hours per day normally worked: _____
Average number of days per week normally worked: _____
Do days worked vary? ☐ Yes ☐ No Do work hours vary? ☐ Yes ☐ No
Circle the days normally worked: S M T W TH F S
Time normally worked: _____ AM/PM to _____ AM/PM

I swear under penalty of perjury, to the best of my knowledge, that the above information is true and correct. I also give AGENCY permission to obtain the information necessary to support my days and hours worked per week by contacting my clients, landlord, or others deemed necessary.

_____ _____
Parent / Guardian Signature Date

A.C.C.E.S.S.

Sistema de Cuidados y Servicions Educativos para Niños
Subsidio para el Cuidado Infantil

☐ 1460 West 18th Street
Merced, CA 95340
(209) 381-6790
FAX: (209) 381-6799

☐ 110 West G St., Suite C
Los Banos, CA 93635
(209) 827-5694
FAX: (209) 827-5693

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE TRABAJO INDEPENDIENTE

NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN: _____

NOMBRE DE NEGOCIO: _____ **Numero de Telefono de Negocio:** _____

DIRECCION DE NEGOCIO: _____

Entregue la documentación solicitada con este formulario completado. Por favor, marque las casillas correspondientes a continuación:

1. Tiene una licencia comercial para realizar su negocio en el Estado de California? (Si es así, adjunte copia de licencia) ☐ Si ☐ No
2. Tiene una licencia profesional? (Si es así, adjunte una copia de la licencia) ☐ Si ☐ No
3. Su lugar de trabajo es también su residencia? ☐ Si ☐ No
4. Es su oficina o lugar de trabajo una propiedad alquilada? (Si es así, adjunte copia del contrato de alquiler) ☐ Si ☐ No
5. Tiene horarios de trabajo regulares? (si es si, favor de adjuntar) ☐ Si ☐ No
6. Trabaja para alguien mas? ☐ Si ☐ No
7. Tiene materiales publicados? (si es si, favor de adjuntar) ☐ Si ☐ No

Por favor marque la casilla apropiada abajo y describa su función de trabajo:

☐ Ventas (bienes raíces, comercio minorista, etc.)

_____

☐ Paisaje / Jardinería (diseño de paisaje, etc.)

_____

☐ Doméstica (limpieza doméstica, etc.)

_____

☐ Cosmetología (peluquero, uñas, esteticista, etc.)

_____

☐ Otro (por favor de una descripción)

_____

Por favor seleccione lo que mejor describa la base de sus ingresos y díga cuánto gana le pagarían en un mes. (Ejemplo: Por viaje$ 75, 22 viajes por mes)

☐ Comisión_____
☐ Por trabajo_____
☐ Por venta_____
☐ Por pieza_____
☐ Por milla_____
☐ Por Viaje_____
☐ Por artículo terminado_____
☐ Otro (por favor de describir)_____

Por favor anote su horario de empleo:

Normalmente, cuatas horas trabaja por dia?: _____
Normalmente, cuantos días trabaja por semana?: _____
Los dias que trabaja varean? ☐ Si ☐ No Las horas que trabaja varean? ☐ Si ☐ No
Circule los dias que normalmente trabaja: domingo lunes martes miercoles jueves viernes sabado
Normalmente, que horario trabaja: _____ AM/PM a _____ AM/PM

Juro bajo pena de perjurio, a mi leal saber y endender, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y exacta. También le doy permiso a la AGENCIA para obtener la información necesaria para colaborar mis días y horas trabajadas por semana poniéndose en contacto con mis clientes, empleador o otros que se consideren necesarios.

_____ _____
Firma de Padre / Guardian Fecha