



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por este método autorizo a mi empleador o patrono a revelar la siguiente información al Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Entiendo que esta información puede ser verificada por teléfono. Cualquier información fraudulenta, falsa o engañosa, puede resultar en la pérdida de los pagos de cuidado de niños y mi caso de cuidado de niños puede ser cancelado o negado

Firma del Cliente _____

Número de Caso del Cliente _____

Fecha _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO: SÓLO PARA SER COMPLETADO POR SU EMPLEADOR

Nombre del Empleador: _____ Fecha de Inicio: _____

Cantidad de Pago por Hora: _____ Comisión: _____ Propinas: _____ (Promedio al Mes)

Periodo de Pago: Semanal: _____ Cada Dos Semanas: _____ Dos Veces por Mes: _____ Mensual: _____

¿Se le paga al empleado en efectivo? Sí No

Está en Permiso de Ausencia Fecha Que Regresa: _____ Tipo de Ausencia: _____

HORARIO DE EMPLEO: Si su horario cambia, provea un ejemplo de su horario.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DE	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
PARA	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

¿Cambian estas horas? _____ Si es sí, por favor explique: _____

Nombre del Empleador / Compañía: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____

Employer Phone Number: _____

Nombre del Empleador en letra de Molde _____

Título _____

Firma del Empleador _____

Fecha _____

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO A:

ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARLO SU EMPLEADOR. DEVUÉLVELO A LA DIRECCIÓN EN LA DERECHA DENTRO DE 10 DÍAS LABORALES.