



REGISTRO DE ASISTENCIA REGULAR PARA "EARNFARE"

I. Nombre del Cliente: _____ Nombre de Contacto en Empresa: _____
 Dirección: _____ Nombre de Empresa: _____
 Número de Seguro Social: _____ Dirección: _____
 Número del Caso SNAP: _____ Ciudad, Estado: _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____

II. REFERENCIA

Preséntese a: _____ en _____ a las _____
(nombre) (fecha que empieza) (hora)

SNAP Horas Fuera del Trabajo: _____ + Horas de Asistencia de Dinero: _____ = Total de Horas: _____

Horario de Trabajo: (Marque Días e Indique Horas) Lunes Martes Miércoles HORAS: _____
 Jueves Viernes Sábado Domingo

Nombre del Trabajador(a) de Earnfare: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

III. Firme diariamente cuando entre y salga

Fecha	Hora que Entra	Armuerzo hora que empieza	Almuerzo hora que termina	DESCANSO	TOTAL DE HORAS	FIRMA DEL CLIENTE (firme todos los días que trabaja)

Clientes de Earnfare no pueden trabajar más de 40 horas por semana. ¿Paga su organización por el tiempo para almorzar? Sí No

Si contestó sí, cuente los periodos de almuerzo pagados en el total de horas trabajadas; si es no, no cuente el almuerzo en el total de horas trabajadas. Total de Horas Trabajadas (INCLUYA EL PERIODO DEL ALMUERZO, SI LO PAGAN): _____

¿Puede ser el Cliente reasignado a esta empresa / lugar? Sí No

(si es no, por favor explique): _____

IV. VERIFICACIÓN DE PAGO / CÁLCULO:

Si el cliente trabaja todas las horas requeridas, pague lo máximo de Earnfare.

Total de Horas Trabajadas: _____ - _____ Horas Fuera de SNAP = _____ Horas Trabajadas de Earnfare:
Horas Trabajadas de Earfare _____ X Sueldo Mínimo del Estado: = _____ Cantidad de Asistencia Earnfare

Fecha de Expedición: _____ Total de Horas Trabajadas (incluya periodo de almuerzo si se paga): _____

Empleador o Empresa Earnfare _____ Fecha: _____
(Firma Autorizada)

INSTRUCCIONES EMPLEADOR EARNFARE: Envíe este documento con firma original cuando envíe factura; copia al trabajador Earnfare.