



# 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
<b>DE</b>	<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
<b>PARA</b>	<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.**