Programa Piloto de Condado de San Francisco
Formulario de Verificación de Empleo (11/19)

Nombre de Empleado _____ ID de Empleado: _____

Nombre del Negocio/Compañía_____ Teléfono del Negocio/Compañía _____

Dirección del Negocio/Compañía _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre(s) del Niño(s)_____

MI FIRMA AUTORIZA A MI EMPLEADOR A DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

REGRESAR A LA ATENCIÓN DE:	***Nombre de Personal de Agencia:***	***Número de Teléfono de Personal de Agencia:***
ENVIADO POR:	***Fax:***	***Escanear & Correo Electrónico:***

A COMPLETAR O SER PROVEADA POR EL EMPLEADOR

Fecha de Contratación: _____ Título Profesional: _____

Descripción del Trabajo: _____

_____

Horario comercial habitual: _____

La ubicación real del lugar de trabajo si es diferente de la dirección anterior:

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Tipo de Horario: ☐ ESTABLECIDO ☐ VARIABLE ☐ EN LLAMADA

Horario de Trabajo: SI establece el horario, por favor proporcione la hora de inicio y finalización por día. (ejemplo: 8am-5pm)

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Horario de Trabajo	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:
	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:

Horario de Trabajo: Si el horario es **VARIABLE**, marque todos los días posibles de trabajo.

☐ DOM ☐ LUN ☐ MAR ☐ MIÉ ☐ JUE ☐ VIE ☐ SÁB Número total de horas por semana: _____

Hora más temprana de trabajo: _____	Y	Hora más tardar de fin de trabajo: _____
Horas mínimas por día: _____	Y	Horas máximas al día: _____
Días mínimos por semana: _____	Y	Días máximos por semana: _____

Información Salarial:

Tarifa de Pago: _____ por ☐ HORA ☐ DÍA ☐ SEMANA ☐ MES

Tipo de Pago: ☐ CHEQUE DE EMPRESA ☐ CHEQUE PERSONAL ☐ EFECTIVO ☐ OTRO_____

El empleador retiene los impuestos: ☐ SÍ ☐ NO

Período de Pago: ☐ SEMANAL (52 períodos de pago anuales) ☐ CADA DOS SEMANAS (26 períodos de pago anuales) ☐ DOS VECES AL MES (24 períodos de pago anuales) ☐ MENSUAL (12 períodos de pago anuales)

¿Este empleado obtendrá horas extras? ☐ SÍ ☐ NO Si "sí", ¿con qué frecuencia es el tiempo extra? _____

YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN DECLARADA ANTERIOR ES VERDADERA Y EXACTA.

_____ _____

NOMBRE Y CARGO DEL EMPLEADOR **FIRMA DEL EMPLEADOR**

_____ _____ _____

CORREO ELECTRONICO **TELÉFONO DE CONTACTO** **FECHA**

STAFF USE ONLY *(see Title 5, §18086)* **Verification:** Date: _____ Time: _____

Name and Title of employer representative:_____

Comments/Notes: _____

_____

Staff name: _____ **Staff signature:** _____