Stanislaus County Office of Education

Child/Family Services

Tom Changnon, Superintendent
1324 Celeste Drive • Modesto, CA 95355 • (209) 238-6300 • FAX (209) 238-6499

FormaVerificacion de Empleo

Yo doy autorización a mi empleador para que remita cualquier información en respecto a mi empleo solicitado en esta forma.
También le doy permiso a la Oficina de Educación para que se comuniqué con mi empleador para clarificar información en esta forma

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Para ser completado por el empleador:
En orden para proveer servicios a nuestros clientes, necesitamos tener verificación de su empleo. Usted puede facilitar este proceso contestando las siguientes preguntas a respecto a este empleado

Nombre del Empleado: _____

Record de Empleado: Fecha actual que empezó posición: _____

Si el empleado esta regresando de un descanso, ¿cual es la fecha de regreso? _____

Si el empleado es temporal, ¿Cual es la fecha de empezar y terminar el empleo?
Fecha de empiezo _____ Fecha de terminar _____

Posición actual del empleado: _____ Numero del trabajo del empleado: _____ Ext _____

Horario de Empleo:
¿Tiene horario de trabajo regular el empleado (aproximadamente los mismos días y/o horas cada semana)? ☐ si ☐ no

(si, completo Sección A; no, por favor complete Sección B. No complete las dos.)

Sección A: Por favor especifique el horario del trabajo cada día: (Ejemplo: L 11 AM – 7 PM)

L	M	MI	J	V	S	D

Numero total de horas pagadas por semana: _____

Sección B: Si varia el horario del empleado, por favor conteste lo siguiente basado en lo que el empleado pueda trabajar: Circule los días posible que pueda trabajar: D L M MI J V S

- Tiempo mas temprano que puede empezar _____
- Tiempo mas tarde que se termina el trabajo _____
- Numero de horas mínimo por día _____
- Numero máximo de horas por día _____
- Numero de días mínimo por semana _____
- Numero máximo de días por semana _____

Pago: Precio de pago: $ _____ por _____

Cheque el periodo de pago: ☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ dos veces por mes ☐ mensual

¿Es posible que el empleado reciba alguna clase de pago como los siguientes?

☐ turno diferenciales ☐ bonos ☐ propina ☐ comisión ☐ horas extras

Yo declaro que la información publicada del empleado nombrado arriba esta completa y cierta al mejor de mi comprendimiento

Nombre de persona completado la forma (Imprenta) _____ Nombre de la Compañía/Organización _____

Titulo _____ Dirección de la Compañía _____

Firma de Persona completando la forma _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Fecha _____ Numero de Telefono _____

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con la Especialista de Cuidado de Niños al (209) 238-6300.