

ATTN:

CHILDREN'S HOME SOCIETY OF CALIFORNIA

VERIFICACIÓN DE EMPLEO DE TRABAJADOR DOMÉSTICO

Nombre del padre (en letra de molde): _____

Declaración del padre: Yo soy empleado independiente y proveo servicios domésticos a las personas que son identificadas a continuación de esta forma. Yo declaro bajo pena de perjurio que la información es verdadera y correcta. Entiendo que una declaración deliberadamente falsa con el propósito de recibir servicios de cuidado infantil subsidiado por el estado es considerado fraude y es un delito penado por la ley. Yo autorizo a Children's Home Society of California a comunicarse con los clientes identificados a continuación, para verificar información como sea necesario.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

ATENCIÓN PADRE/GUARDIÁN:

Adjunte páginas adicionales según sea necesario para proveer información de sus clientes.

Nombre de cliente (persona que recibe servicios): _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____ Horas de contacto: _____
 Correo electrónico del empleador/contratista (opcional): _____
 Sueldo: _____ por (marque uno): Hora Día Semana Mes Trabajo/evento
 Días y horas programados (complete esta sección solo si los días y horas de trabajo son un horario establecido):

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:
A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Horario variable (complete esta sección solo si los días y horas de trabajo varían):
 Número de horas trabajadas por semana- Mínimo: _____ Máximo: _____ Horas intermedias: _____
 Días se pueden trabajar (incluyendo horas extras): Sun Mon Tue Wed Thu Fri Sat

Nombre de cliente (persona que recibe servicios): _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____ Horas de contacto: _____
 Correo electrónico del empleador/contratista (opcional): _____
 Sueldo: _____ por (marque uno): Hora Día Semana Mes Trabajo/evento
 Días y horas programados (complete esta sección solo si los días y horas de trabajo son un horario establecido):

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:
A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Horario variable (complete esta sección solo si los días y horas de trabajo varían):
 Número de horas trabajadas por semana- Mínimo: _____ Máximo: _____ Horas intermedias: _____
 Días se pueden trabajar (incluyendo horas extras): Sun Mon Tue Wed Thu Fri Sat

CHS Office Use Only:
 Check One: Primary Secondary Other: _____
 Staff Initials: _____
 Notes: _____
