

CHILDREN'S HOME SOCIETY OF CALIFORNIA

DECLARACIÓN (Empleo)

Nombre del padre/madre o tutor legal (Letra de molde): _____

Información de empleador/ contratista	
Nombre del empleador/ contratista _____	
Días y horas de funcionamiento _____	Número de teléfono _____
Domicilio _____	
Información de empleo	
Posición _____ Fecha de contratación _____	
Ingresos:	
Tarifa de pago \$ _____ por ☐ Hora ☐ Día ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	
Programa de pago: ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Por quincena ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Otro _____	
Forma de pago: ☐ Cheque ☐ Efectivo ☐ Otro _____	
Horario de trabajo: Fijo ☒ Variable (Un horario <i>Fijo</i> significa que los días y horas de trabajo se mantienen igual cada semana. Un horario <i>Variable</i> significa que el horario de trabajo y el total de horas trabajadas cambian cada semana.)	
Fijo:	☐ Dom. ☐ Lun. ☐ Mar. ☐ Miérc. ☐ Juev. ☐ Vier. ☐ Sáb.
Horas:	_____
Variable:	☐ Dom. ☐ Lun. ☐ Mar. ☐ Miérc. ☐ Juev. ☐ Vier. ☐ Sáb.
Días máximos trabajados por semana:	_____ Horas máximas trabajadas por semana: _____
Puedo trabajar entre las horas de _____ y _____.	
¿Almuerzo no pagado?	☐ No ☐ Sí: En caso afirmativo, especifique los minutos por día _____
Título del puesto/Tipo de trabajo realizado: _____	

Solicitudes adicionales	
Tiempo de viaje:	☐ No ☐ Sí: (En caso afirmativo, especifique los minutos a continuación)
Minutos para llegar al trabajo desde el proveedor:	_____ Minutos del trabajo al proveedor: _____
Tiempo de dormir: (Solo aplicable si el horario de trabajo es entre las 10:00 p.m. y las 6:00 a.m.)	
☐ No ☐ Sí: (En caso afirmativo, especifique el horario a continuación)	
☐ Dom. ☐ Lun. ☐ Mar. ☐ Miérc. ☐ Juev. ☐ Vier. ☐ Sáb.	
Horas:	_____

☐ Una solicitud de documentación de empleo afectará negativamente mi empleo actual.

Yo declaro que esta información es verdadera y correcta. Entiendo que una declaración deliberadamente falsa con el propósito de recibir servicios de cuidado infantil subsidiado por el estado se considera fraude y es un delito penado por la ley. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información anterior es certera.

Firma _____		Fecha _____	
FOR CHS OFFICE USE ONLY:		☐ Primary Parent ☐ Secondary Parent	
Verified By (Name/ Title): _____		Date: _____	
Verified with: _____		Date: _____	
Verified via: _____		Date: _____	
Notes: _____		Date: _____	
Staff Signature: _____		Date: _____	