

CHILDREN'S HOME SOCIETY OF CALIFORNIA
VERIFICACIÓN DE EMPLEO DE TRABAJADOR DOMÉSTICO

Nombre del padre/la madre o tutor legal (en letra de molde): _____

Declaración del padre/la madre o tutor legal: Yo soy trabajador(a) independiente como proveedor de servicios domésticos para las personas que son identificadas a continuación. Mi horario e información de ingresos están indicados abajo. 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/la madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

ATENCIÓN PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL:

Por favor adjunte páginas adicionales según sea necesario para proporcionar información sobre clientes adicionales.

Nombre de cliente (persona que recibe servicios): _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Horas de contacto: _____

Correo electrónico del empleador/contratista (opcional): _____

Tarifa de pago: _____ 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 fijos):

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 que el trabajo puede programarse (incluyendo horas extras):

Dom Lun Mar Miér Juev Vier Sáb

Nombre de cliente (persona que recibe servicios): _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Horas de contacto: _____

Correo electrónico del empleador/contratista (opcional): _____

Tarifa de pago: _____ 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 fijos):

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 que el trabajo puede programarse (incluyendo horas extras):

Dom Lun Mar Miér Juev Vier Sáb

FOR CHS OFFICE USE ONLY:

Primary Parent Secondary Parent

Verified By (Name/ Title): _____

Verified with: _____ Date: _____

Verified via: _____

Notes: _____

Staff Signature: _____ Date: _____