

CHILDREN'S HOME SOCIETY OF CALIFORNIA

DECLARACIÓN (Empleo)

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

Información de empleador/ contratista	
Nombre del empleador/ contratista _____	Número de teléfono _____
Días y horas de funcionamiento _____	Domicilio _____
Información de empleo	
Posición _____ Fecha de contratación _____	
Ingresos:	
Tarifa de pago \$ _____ por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	
Programa de pago: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Por quincena <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____	
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____	
Horario de trabajo: Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miérc. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb.
Horario: _____	<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. a _____ <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
Variable:	<input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miérc. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb.
Días máximos trabajados por semana: ____ Horas máximas trabajadas por semana: ____	
Puedo trabajar entre las horas de _____ <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. y _____ <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	
¿Almuerzo no pagado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: En caso afirmativo, especifique los minutos que no son pagados por día _____	
Título del puesto/Tipo de trabajo realizado:	
Solicitudes adicionales	
Tiempo de viaje: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.)	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: (En caso afirmativo, especifique el horario a continuación)	
<input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miérc. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb.	
Horario: _____ <input type="checkbox"/> A.M. / <input type="checkbox"/> P.M. a _____ <input type="checkbox"/> A.M. / <input type="checkbox"/> P.M.	

☐ Opcional: **NO** se comunique con mi empleador, ya que 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:		<input type="checkbox"/> Primary Parent <input type="checkbox"/> Secondary Parent
Verified By (Name/ Title): _____		
Verified with: _____	Date: _____	
Verified via: _____		
Notes: _____		
Staff Signature: _____	Date: _____	