

SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL VERIFICACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS

Language Assistance/Asistencia de idioma

This document contains vital information about requirements, rights, determinations, and/or responsibilities for accessing workforce system services. Language services, including the interpretation/translation of this document, are available free of charge upon request.

Este documento contiene información importante sobre los requisitos, los derechos, las determinaciones y las responsabilidades del acceso a los servicios del sistema de la fuerza laboral. Hay disponibles servicios de idioma, incluida la interpretación y la traducción de documentos, sin ningún costo y a solicitud.

Nombre del empleado: _____ ID DE TWIST: _____

A QUIEN CORRESPONDA: Esta es su autorización para divulgar la información relacionada con mi empleo como se requiere a continuación. Con el fin de establecer la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil, es necesaria la verificación de los ingresos realmente recibidos durante el período que se identifica a continuación. Complete este formulario tan pronto como sea posible, ya que es necesario antes de que yo, o un miembro de mi familia, pueda ser determinado elegible para el programa.

Agradecemos su cooperación y la pronta devolución de esta información. Si tiene preguntas o para completar por teléfono, comuníquese con: Workforce Solutions Texoma, 903-463-9997 o 1-888-813-1992.

Gracias

Envíe por correo, fax o correo electrónico el formulario completo a:
 Workforce Solutions Texoma
 Attn: Servicios de Cuidado Infantil
 2415 South Austin Ave., Suite 105
 Denison, TX 75020

 Firma del empleado Fecha: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: ____ Teléfono: _____

A SER COMPLETADA POR LA EMPLEADORA

Verifique los ingresos realmente recibidos durante el período _____ : a _____ (Personal de WFS completo)

Empleado de: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____ Posición: _____
Mes/Día /Año Mes/Día/Año

Ingresos brutos para un período específico: _____ Horas totales para el período especificado: _____

Número promedio de horas programadas por semana: _____ Salario por hora actual: _____

Frecuencia de: Seman 2 x semana 2x mes Mensual

¿Bonos, incentivos o pagos a tanto alzado recibidos? En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Horario de trabajo típico (ejemplo: Lunes– Viernes 8-5:00): _____

Nombre Del Empleador (inprinte con letra clara)

 Firma Del Empleador

 Fech