

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO	Devolver a: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	--

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de Seguridad Social (NSS) (opcional):	

Sección 2 Empleo nuevo/actual			
Nombre del cargo:		Fecha de inicio del empleo: MM/DD/AAAA	
Salario por hora:	Propinas:	Comisiones:	
Pagado por: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Mensual			
Final del período	Sueldo bruto	Fecha de recepción	Horas trabajadas
Horario laboral: (Si el horario es cambiante, indique el número de días trabajados por semana)			
Número de horas trabajadas por semana:		El empleado trabaja: <input type="checkbox"/> Tardes/Noches (7pm – 6am) <input type="checkbox"/> Fines de semana	

Sección 3 Despido del empleo		
Último día de empleo:	Fecha de recepción del último pago: MM/DD/AAAA	Importe bruto del último cheque de pago:
¿El empleado está de baja sin pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, fecha estimada de retorno: MM/DD/AAAA

Sección 4 Información del empleado	
Nombre de la empresa:	Número telefónico:
Dirección:	
Nombre de la persona que completa el formulario:	Firma:
Título:	Fecha: MM/DD/AAAA
	Número telefónico:

Sección 5 Firma	
Consentimiento de divulgación de la información	
<i>Entiendo que esta información se verificará y utilizará por parte del Programa de Becas de Cuidado Infantil para determinar mi elegibilidad para recibir becas de cuidado infantil.</i>	
Firma:	Fecha: