



Child Development Consortium of Los Angeles
A Nonprofit Corporation

1541 Wilshire Blvd. Suite #400
Los Angeles, CA 90017
(213) 244-1240 Fax (213) 244-1249

CHILD DEVELOPMENT
CONSORTIUM OF LOS ANGELES

Verificación de Empleo

Esta parte debe ser completada por usted

Le otorgo permiso a CDCLA para contactar a mi empleador y verificar la información en esta forma.

Nombre del padre/madre _____

Firma _____

Fecha _____

Esta parte debe ser completada por su empleador

Nombre del Empleado/a: _____ Posición: _____

Nombre de Empleador: _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____ Fecha De Contratación: _____

Número de Fax: _____

Está regresando después de un término de ausencia. Fecha de regreso: _____

Horario de Empleo

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Entrada:							
Salida:							

Si el empleado/a trabaja un horario variable, por favor conteste las siguientes preguntas:

Marque los días posibles de empleo semanal: Do L Ma Mie J V S.

Horario más temprano de entrada: Horario más tarde de salida:

Máximo de horas por día: Mínimo de horas por día:

Máximo de horas por semana Mínimo de horas por semana:

Información de Salario

Salario por hora:		 CHILD DEVELOPMENT CONSORTIUM OF LOS ANGELES	Pago Semanal	2 Veces por Mes
Salario por mes:			Quincena	Pago Mensual
<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque			Pago Mínimo:	Pago Máximo:
Comentarios:				

La información en esta forma es para verificar la elegibilidad de su empleado/a para recibir servicios de cuidado infantil y puedo en cualquier momento ser verificado por un representante del estado de California. Yo afirmo que la información es verdadera y correcta.

Nombre y Título _____

Fecha _____

Firma _____

Número de Teléfono de contacto director _____

OFFICE USE ONLY

Date:	Verified With:	Staff Initials: _____
-------	----------------	-----------------------