



**Child Development Consortium of Los Angeles**  
A non profit corporation

315 W. 9<sup>th</sup> Street Suite #500  
Los Angeles, CA 90015  
(213) 244-1240 Fax (213) 244-1249

**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 Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha De Contratación: \_\_\_\_\_

Numero de Fax: \_\_\_\_\_

Esta regresando después de un término de ausencia. Fecha de regreso: \_\_\_\_\_

**Horario de Empleo**

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Entrada:							
Salida:							

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

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

Horario más temprano de entrada:

Horario más tarde de salida:

Maximo de horas por dia:

Minimo de horas por dia:

Maximo de horas por semana

Minimo de horas por semana:

**Información de Salario**

Salario por hora:			Pago Semanal	2 veces por mes
Salario por mes:			Quincena	Pago Mensual:
<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque			Pago Minimo:	Pago Maximo:
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 Titulo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono de contacto director \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

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