



**Child Development Consortium of Los Angeles**  
A Nonprofit Corporation

315 W. 9<sup>th</sup> Street Suite #500  
Los Angeles, CA 90015  
(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:   |  | <br>CHILD DEVELOPMENT<br>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: _____ |
|-------|----------------|-----------------------|