



Fairfax County Office for Children (Oficina de niños del Condado de Fairfax)
School Age Child Care (Cuidado de Niños en Edad Escolar)
 12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035
 Phone: 703-449-8989 • Fax: 703-653-1304

Formulario de Verificación de Empleo

Para ser elegible para la escala móvil de tarifas, proporcione la información que se solicita a continuación.

Sección 1: El empleado complete esta sección

Nombre del Empleado: _____ Número de contacto: _____ # de cuenta SACC _____

Yo autorizo a mi empleador a proporcionar información referente a mi empleo, salario y horario de trabajo.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Sección 2: Empleador/Jefe/Supervisor completa esta sección

1. Fecha de inicio del empleado: _____ Promedio de horas trabajadas por semana: _____

2. Este empleado recibe no recibe collitas de pago (marque uno). Las collitas deberán enviarse junto con este formulario.

3. Frecuencia de pago: Diario Semanal Quincenal 2 veces al mes Mensual

4. Tarifa de pago: \$ _____ Por: Hora Día Semana Mes

5. El empleado recibe: Propinas horas extras Comisiones/Bonos

Debajo proporcione verificación de los pagos recibidos en los últimos 60 días.

Fecha de terminación del periodo de pago	Fecha de pago	Número de horas trabajadas	Total de salario bruto (incluyendo horas extras)	Pago de horas extras

6. Fecha del siguiente pago será: _____

Compañía/Nombre del Empleador (Por favor escriba el nombre) Nombre de la persona que complete el formulario Cargo

Dirección del Empleador

Número de teléfono del Empleador

Correo electrónico del Empleador

Yo certifico que esta información de ingreso es verdadera y la información de la situación financiera de mi empleado es precisa.

Firma del Gerente / Supervisor

Fecha

