

Programa Piloto de Condado de San Francisco

ACTUALIZADO Formulario de Verificación de Horario de Empleo (01/01/18)

Nombre de Empleado _____ ID de Empleado: _____
 Nombre del Negocio/Compañía _____ Número de Teléfono del Negocio/Compañía _____
 Dirección del Negocio/Compañía _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Nombre(s) del Niño(s) _____

MI FIRMA AUTORIZA A MI EMPLEADOR A DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

REGRESAR A LA ATENCIÓN DE: _____
 Nombre de Personal de Agencia _____ Número de Teléfono de Personal de Agencia _____

ENVIADO POR: Fax: _____ Escanear & Correo
 Número de Fax de Agencia _____ Electrónico: _____
 Correo Electrónico de Personal de Agencia _____

A COMPLETAR O SER PROVEADA POR EL EMPLEADOR

Fecha Efective del Cambio de Horario de Trabajo: _____
 Fecha de Contratación: _____ Título Profesional: _____
 Descripción del Trabajo: _____
 Horario Comercial Habitual: _____
 La ubicación real del lugar de trabajo es diferente de la dirección anterior:
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Número de Teléfono _____

Tipo de Horario: ESTABLECIDO VARIABLE EN LLAMADA

Horario de Trabajo: Si establece el horario, por favor proporcione la hora de inicio y finalización por día. (ejemplo: 8am-5pm)

| Horario de Trabajo | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIENES | SÁBADO |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Comenzar: | Comenzar: | Comenzar: | Comenzar: | Comenzar: | Comenzar: | Comenzar: | Comenzar: |
| Terminar: | Terminar: | Terminar: | Terminar: | Terminar: | Terminar: | Terminar: | Terminar: |

Horario de Trabajo: Si el horario es **VARIABLE**, marque todos los días posibles de trabajo.

DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB

Número total de horas por semana: _____

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Hora más temprana de trabajo: _____ | Y | Hora más tardar de fin de trabajo: _____ |
| Horas mínimas por día: _____ | Y | Horas máximas al día: _____ |
| Días mínimos por semana: _____ | Y | Días máximos por semana: _____ |

YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN DECLARADA ANTERIOR ES VERDADERA Y EXACTA.

 NOMBRE Y CARGO DEL EMPLEADOR

 FIRMA DEL EMPLEADOR

 CORREO ELECTRONICO

 TELÉFONO DE CONTACTO

 FECHA

STAFF USE ONLY (see Title 5, §18086)

Verification: Date: _____ Time: _____

Name and Title of employer representative who confirmed above information

Comments/Notes: _____

Staff name: _____ **Staff signature:** _____