TWIST ID

WorkforceSolutions ALAMO
CHILD CARE SERVICES

El Cliente debe firmar la parte inferior del formulario dando permiso para divulgar esta información.

Verificación de Empleo CCS
Debe ser completado por el empleador

Gracias por tomarse el tiempo para proporcionar la información de este formulario. Apreciamos su ayuda.

Nombre del Empleado: _____ **Dirección del empleado:**_____

¿Empleo Actual? ☐ Si ☐ No. Puesto de trabajo**:** _____ **Fecha de contratacion:** _____**Fecha en que Recibió 1er Cheque:** _____

Ex empleado? ☐ Si ☐ No Fecha de Separación**:** _____**Fecha que recibió el cheque final:** _____**Importe bruto $**_____

Posicion ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Permanente ☐ Temporario

Frecuencia de pago ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Mensual

Tarifa de Pago $_____por_____. **Promedio de hrs por periodo de pago:** _____ **Promedio de hrs semanales:**_____ _____

Comisiones/Propinas/ Bonos ☐ Si ☐ No **Monto:** _____

Tiempo Extra? ☐ Frecuentemente ☐ Raramente ☐ Nunca. **Monto:** _____

Horario de Trabajo ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mier ☐ Jue ☐Vie ☐ Sab ☐ Dom
Horas trabajadas (por ejemplo 8am-5pm)_____

Esta/o estuvo el empleado ausente por licencia Medica? ☐ Si .(Con goce de sueldo) ☐ Si (Sin goce de sueldo) ☐ No. Fecha Inicio**:** _____ **Fecha final:** _____

¿Espera cambios en la información anterior? ☐ Si ☐ No Si contesta Sí, explique::_____

FECHA TERMINO DEL PERÍODO DE PAGO (Incluir por lo menos tres meses de pago si corresponde)	FECHA EN QUE RECIBIÓ CHEQUE DE NOMINA	HORAS TRABAJADAS	MONTO DE IMPORTE BRUTO	OTRO PAGO* (PROPINAS, COMISIONES, BONOS

***Comentarios *** Favor de Explicar (cuándo y con qué frecuencia se reciben las propinas, comisiones o bonos.

Esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender

Empresa o empleador : _____ Dirección:_____

Nombre del Personal Autorizado: _____ Puesto: _____

Correo electronico:_____ Telefono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

I, **give my permission to release the information requested on this form.**
Yo, _____ doy mi permiso para que mi empleador de la informacion que se pide en esta forma.

Signature/ Firma: _____ Date/Fecha: _____

CITY OF SAN ANTONIO
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
TEAMWORK • INTEGRITY • INNOVATION • PROFESSIONALISM

Revised 11/7/16