Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS

ANEXO D:
VERIFICACIÓN LABORAL

INDICACIONES para el solicitante/empleado

1. **Complete la Sección 1**
   - Solicitante/Empleado - Permiso para revelar información
2. **Pídale a su empleador actual que complete las Secciones 2 y 3**
   - Información laboral y salarial, y certificación del empleador
3. **Envíe el formulario completado por fax a su oficina de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil**

Región 1	The Nurturing Center	Fax: (406) 756-1410
Región 2	Child Care Resources	Fax: (406) 549-1189
Región 3	Butte 4 C's	Fax: (406) 723-6982
Región 4	Child Care Connections	Fax: (406) 587-1682
Región 5	Family Connections MT Great Falls	Fax: (406) 453-8976
Región 6	Family Connections MT Havre	Fax: (406) 265-1312
Región 7	HRDC District 7	Fax: (406) 869-2585

1. SOLICITANTE/EMPLEADO - PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Yo, _____, doy mi permiso a _____ para que revele la información solicitada en este formulario a la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) antes mencionada para que determine la elegibilidad de mi familia con el fin de recibir el subsidio de cuidado infantil Best Beginnings.

Firma del solicitante: _____Fecha: _____

INDICACIONES para el empleador

La persona antes mencionada ha solicitado un subsidio de cuidado infantil Best Beninnings. Dicho subsidio ayuda a las familias de Montana que califican a pagar los costos de cuidados infantiles mientras participan en actividades que cumplen con determinados requisitos, por ejemplo, trabajar o cursar estudios. Con la firma anterior el solicitante autoriza la divulgación de la información solicitada en el anverso de este formulario. Al completar este formulario usted brinda información sobre la persona identificada, dicha información se utilizará para determinar su elegibilidad para recibir asistencia en cuidados infantiles. Gracias por su colaboración

	CS _____ CE_____	HoH Nombre	Fecha de recepción

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE CCR&R	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Razón	Fecha de la determinación	Determinación a cargo de:

2. HORARIO DEL SOLICITANTE/EMPLEADO

HORARIO MENSUAL DE TRABAJO							
El siguiente horario de trabajo tiene validez desde: _____ hasta: _____							
DOMINGO	**LUNES**	**MARTES**	**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SÁBADO**	
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	
DOMINGO	**LUNES**	**MARTES**	**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SÁBADO**	
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	
☐ Este horario es el mismo durante todo el mes				☐ Este horario varía cada semana			
Si el horario de trabajo varía, por favor explique:							

3. INFORMACIÓN LABORAL Y SALARIAL

Nombre del empleado:			
Nombre del empleador:		Dirección del trabajo:	
Fecha de inicio del trabajo:	Fecha de terminación del trabajo:	Fecha del primer cheque de pago:	Fecha del último cheque de pago:
¿Es un empleado asalariado o por hora? ☐ Asalariado ($_____ por _____) ☐ Por hora ($_____ por hora)		¿Con qué frecuencia se le paga a este empleado? ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensualmente☐ Otra frecuencia: _____	
Promedio de cantidad de horas de trabajo por semana:		_____ horas por semana	
¿Cuál es el salario bruto, el sueldo y las comisiones de este empleado?		$_____ por mes	
¿Este empleado recibe propinas o bonos? Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares.		☐ Sí ☐ No $_____ por mes	
¿Este empleado hace horas extras? Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares.		☐ Sí ☐ No $_____ por mes	
¿Este empleado recibe beneficios «en especie» (no en efectivo) o en efectivo como parte del pago? Por ejemplo, asignación para vivienda, apartamento o alimentos. Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares. Explique:		☐ Sí ☐ No $_____ por mes	
¿Este empleado recibe beneficios de cuidado infantil flexibles pagados por la compañía que podrían recibirse en efectivo? Si la respuesta es afirmativa, calcule aproximadamente la cantidad mensual en dólares. Explique:		☐ Sí ☐ No $_____ por mes	

4. *CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR* *(debe firmarla el empleador)*

LEA Y FIRME:

Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y tengo la facultad para hacer tal verificación en nombre de la compañía.

_____ _____

Nombre del empleador/supervisor (en letra de imprenta) *Cargo* *Número de teléfono*

_____ _____

Firma del empleador/supervisor *Fecha*