



INFORMACIÓN SOBRE EL SALARIO

Formulario estatal 57375 (4-24)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

PROGRAMA DE CUPONES DEL FONDO DE DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CCDF)

Deberá adjuntarse a este formulario un cheque cancelado.

SECCIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE - *Debe ser completado por el empleado.*

Por la presente autorizo y le solicito que proporcione a la Oficina de Educación Infantil y Aprendizaje Extraescolar la información que se especifica a continuación. Esta información es necesaria para establecer mi elegibilidad para recibir asistencia de cuidado infantil. Esto no implica ningún tipo de responsabilidad para usted. Usted puede conservar una copia de esta autorización para sus registros.

Firma del empleado		Fecha (día, mes, año)	
Nombre en letra de imprenta del empleado	Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social	Número de teléfono ()	

SECCIÓN DEL EMPLEADOR - *Debe ser completado por el empleador ÚNICAMENTE.*

Proporcione la siguiente información para la fecha de pago más reciente del empleado.

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Fecha efectiva de pago (día, mes, año)	Salarios brutos pagados	Horas totales trabajadas	Número del cheque cancelado (incluido en este formulario)
¿Esta persona todavía está empleada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso negativo, último día trabajado (día, mes, año)		
Nombre del empleador				
Dirección del empleador (número y calle, ciudad, estado y código postal)				
Número de teléfono comercial ()				
Firma del empleador			Fecha completada (día, mes, año)	
Nombre en letra de imprenta		Título		