



VERIFICACIÓN DE NUEVAS CONTRATACIONES

Formulario estatal 57262 (R / 4-24)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

INSTRUCCIONES: Es posible que el formulario no se acepte si no está totalmente completo.

SECCIÓN SOLICITANTE/COSOLICITANTE – DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Por la presente autorizo y solicito que proporcione a la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA) 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	Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-	
Nombre del empleado en letra de imprenta	Fecha (día, mes, año)	Número de teléfono del empleado

SECCIÓN DEL EMPLEADOR - DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR ÚNICAMENTE

Regresa de la licencia Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha en que comenzó la licencia (día, mes, año):

En caso afirmativo, indique la fecha en que terminó la licencia (día, mes, año):

En caso afirmativo, indique el motivo de la licencia:

Nuevo empleo Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha de contratación (día, mes, año):

Cantidad estimada de horas a trabajar en forma semanal:

Tarifa por hora:

Frecuencia de pago (es decir, semanal, quincenal, etc.)

Turno (si el turno varía, especifique el horario de inicio más temprano, el horario de salida más tarde, y escriba las variaciones):

Lugar de trabajo (Nombre de la empresa, número y calle, ciudad, estado, código postal):

Número de teléfono comercial:

Firma del empleador

Título

Fecha (día, mes, año)