



VERIFICACIÓN DE NUEVAS CONTRATACIONES

Formulario estatal 57262 (4-23)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES

INDICACIONES: No se aceptará el formulario si no se indica el Número de Identificación Patronal (Employer Identification Number, EIN) o no se adjunta su tarjeta de empresa. Es posible que no se acepte el formulario si faltan datos.

SECCIÓN DEL SOLICITANTE - A SER LLENADA POR EL SOLICITANTE (PADRE O MADRE)

Por la presente autorizo y solicito que suministre a la Administración de Servicios Familiares y Sociales (Family and Social Services Administration, FSSA) la información que se especifica a continuación. Esta información es necesaria para determinar si cumpla los requisitos para recibir ayuda para el cuidado infantil. Esto no conlleva responsabilidad alguna para usted. Puede conservar una copia de esta autorización para sus archivos.

Firma del solicitante	Número de la Seguridad Social	
Nombre en letras de imprenta	Fecha (día, mes, año)	Número de teléfono

Regreso luego de un permiso: Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio del permiso (día, mes, año)

En caso afirmativo, indique la fecha de finalización del permiso (día, mes, año)

En caso afirmativo, indique el motivo de la baja

Nuevo empleo: Sí No

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

Número estimado de horas semanales de trabajo

Tarifa por hora

Frecuencia de pago (semanal, quincenal, etc.)

Turno (si el turno varía, especifique la hora de inicio más temprana, la hora de finalización más tardía y escriba «varía»)

Lugar de trabajo (razón social, número y calle, ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono de la empresa

EIN de la empresa o número de identificación fiscal

Firma

Cargo

Fecha (día, mes, año)