

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE GANANCIAS (v11-11)
Oficina de primera infancia y aprendizaje fuera de la escuela
Programa de vales del Fondo para el Desarrollo y Cuidado
Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida en este formulario es confidencial, de acuerdo con las normas federales, entre ellas, 45 CFR 98.15(b)(13). La información no se divulgará a menos que la ley lo permita o lo requiera, o con el consentimiento del solicitante / beneficiario.

Firma del solicitante: _____ SSN XXX-XX-_____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Al empleador:

La información que se solicita es necesaria para establecer si reúne los requisitos para participar en el Programa de vales del Fondo para el Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés). La Administración de Servicios Sociales y de Familia (FSSA, por sus siglas en inglés) está obligada por ley a verificar los ingresos percibidos como modo de establecer si se reúnen los requisitos para este beneficio. Se necesita su colaboración para aportar la información. Desde ya, gracias por su pronta atención y colaboración.

Información del empleador	
Nombre del empleador:	EIN o ID impositiva del empleador:
Dirección postal:	Ciudad, estado y código postal:

Ingrese la información de ganancias que se pide a continuación, por cada período de pago de los meses señalados.							
Mes de:				Mes de:			
Fecha de pago	Monto bruto	Propinas, si las hay	Horas trabajadas	Fecha de pago	Monto bruto	Propinas, si las hay	Horas trabajadas

Fecha de contratación: _____ ¿La persona aún tiene empleo? _____ Si la respuesta es no, última fecha de empleo (MM/DD/AA): _____

Firma de la persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

Cargo de la persona que completa el formulario: _____ Teléfono: () _____