

Programa Piloto de Condado de San Francisco

ACTUALIZADO Formulario de Verificación de Horario de Empleo (01/01/18)

Nombre de Empleado _____	ID de Empleado: _____
Nombre del Negocio/Compañía _____	Número de Teléfono del Negocio/Compañía _____
Dirección del Negocio/Compañía _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Nombre(s) del Niño(s) _____	
MI FIRMA AUTORIZA A MI EMPLEADOR A DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO.	
Firma del Solicitante: _____	Fecha: _____

REGRESAR A LA ATENCIÓN DE:	_____ <i>Nombre de Personal de Agencia</i>	_____ <i>Número de Teléfono de Personal de Agencia</i>
ENVIADO POR:	Fax: _____ <i>Numero de Fax de Agencia</i>	<input type="radio"/> Escanear & Correo Electrónico: _____ <i>Correo Electrónico de Personal de Agencia</i>

A COMPLETAR O SER PROVEADA POR EL EMPLEADOR

Fecha Efective del Cambio de Horario de Trabajo: _____

Fecha de Contratación: _____ Título Profesional: _____

Descripción del Trabajo: _____

Horario Comercial Habitual: _____

La ubicación real del lugar de trabajo es diferente de la dirección anterior:

Dirección _____	Ciudad/Estado/Código Postal _____	Número de Teléfono _____
-----------------	-----------------------------------	--------------------------

Tipo de Horario: ESTABLECIDO VARIABLE EN LLAMADA

Horario de Trabajo: Si establece el horario, por favor proporcione la hora de inicio y finalización por día. (ejemplo: 8am-5pm)

Horario de Trabajo	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIENES	SÁBADO
Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:
Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:

Horario de Trabajo: Si el horario es **VARIABLE**, marque todos los días posibles de trabajo.

DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB

Número total de horas por semana: _____

Hora más temprana de trabajo: _____	Y	Hora más tardar de fin de trabajo: _____
Horas mínimas por día: _____	Y	Horas máximas al día: _____
Días mínimos por semana: _____	Y	Días máximos por semana: _____

YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN DECLARADA ANTERIOR ES VERDADERA Y EXACTA.

_____ NOMBRE Y CARGO DEL EMPLEADOR	_____ FIRMA DEL EMPLEADOR
_____ CORREO ELECTRONICO	_____ TELÉFONO DE CONTACTO
	_____ FECHA

STAFF USE ONLY (see Title 5, §18086)

Verification: Date: _____ Time: _____

Name and Title of employer representative who confirmed above information

Comments/Notes: _____

Staff name: _____ **Staff signature:** _____