



Administration Office

2501 S. Pullman Street, Ste. 100 • Santa Ana, CA 92705 • 714-241-8920 • efax 714-640-2332

EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

Child's Name Nombre del niño: \_\_\_\_\_ D.O.B Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Center Name Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

Parent Consent Consentimiento Del Padre

Orange County Head Start Inc. must verify your employment prior to determining if your child is eligible for a full day program. If we are not allowed to contact your employer, you may not qualify for full day services.

Orange County Head Start Inc. debe verificar su empleo antes de determinar si su hijo es elegible para un programa de día completo. Si no se nos permite comunicarse con su empleador, usted podría no calificar para servicios de día completo.

May we contact this employer for verification purposes? ¿Podemos comunicarnos con este empleador para fines de verificación?

[ ] YES SI [ ] NO

Parent Signature Firma Del Padre \_\_\_\_\_ Date Fecha \_\_\_\_\_

\*MUST BE COMPLETED BY EMPLOYER ONLY/ EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR\*

FORM MUST BE FILLED OUT IN BLUE OR BLACK INK ONLY, FORMS WITH WHITE-OUT, TYPED OR ELECTRONIC SIGNATURE WILL NOT BE ACCEPTED. EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN TINTA AZUL O NEGRA, FORMULARIOS CON CORRECTOR, ESCRITO A MÁQUINA O CON FIRMA ELECTRÓNICA NO SERÁN ACEPTADOS.

EMPLOYEE NAME: \_\_\_\_\_ Job Title/Position: \_\_\_\_\_
Nombre de Empleado Titulo/Posición de Trabajo

[ ] WORK SCHEDULE [ ] TRAINING SCHEDULE Hire Date Fecha que comenzó a trabajar: \_\_\_\_\_

PLEASE FILL IN ALL HOURS AND DAYS EMPLOYEE WORKS ON A REGULAR BASIS
POR FAVOR ANOTE LAS HORAS Y DIAS REGULARES DE TRABAJO DE SU EMPLEADO

Table with 6 columns: Days (Días), Monday (Lunes), Tuesday (Martes), Wednesday (Miércoles), Thursday (Jueves), Friday (Viernes). Rows include Work begins at (Empieza a Trabajar) and Work ends at (Termina de Trabajar).

Total Number of Hours Worked Monday through Friday only: \_\_\_\_\_
Solamente el número de horas en total que trabaja de lunes a viernes

I certify to the best of my knowledge that the above information is true and correct.
Yo certifico que a lo mejor de mi conocimiento que la información anterior es verdadera y correcta.

Business Name Nombre de Compañía (\_\_\_\_\_) Phone Teléfono (\_\_\_\_\_) Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Business Address Domicilio de Compañía City Ciudad Zip Code Código Postal

Manager or Supervisor Name (please print) Nombre Escrito del Gerente o Supervisor Manager or Supervisor Signature Firma del Gerente Supervisor Date Fecha