

Administration Office

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

**WORK/TRAINING HOURS VERIFICATION
VERIFICACIÓN DE HORAS DE TRABAJO/CAPACITACIÓN**

Child's Name *Nombre del niño:* _____ **D.O.B** *Fecha de Nacimiento:* _____

Sibling, if applicable *Hermano/a, si es aplicable*

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.

Name of Employee *Nombre de Empleado:* _____

Job Title/Position *Título/Posición de Trabajo:* _____ **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**

| Monday <i>Lunes</i> | | Tuesday <i>Martes</i> | | Wednesday <i>Miércoles</i> | | Thursday <i>Jueves</i> | | Friday <i>Viernes</i> | |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Start Time <i>Horario de Entrada</i> | End Time <i>Horario de Salida</i> | Start Time <i>Horario de Entrada</i> | End Time <i>Horario de Salida</i> | Start Time <i>Horario de Entrada</i> | End Time <i>Horario de Salida</i> | Start Time <i>Horario de Entrada</i> | End Time <i>Horario de Salida</i> | Start Time <i>Horario de Entrada</i> | End Time <i>Horario de Salida</i> |
| | | | | | | | | | |

Only the Total Number of Hours Worked Monday through Friday:

Solamente el número de horas en total que trabaja de lunes a viernes: _____

_____ (____) _____ (____)
Business Name *Nombre de Compañía* **Phone** *Teléfono* **Fax**

_____ _____ _____
Business Address *Domicilio de Compañía* **City** *Ciudad* **Zip Code** *Código Postal*

**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.**

Manager or Supervisor Name (please print)
Nombre Escrito del Gerente o Supervisor

Manager or Supervisor Signature
Firma del Gerente Supervisor

Date *Fecha*