

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

**EMPLOYMENT VERIFICATION FORM  
 VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

**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* *Título/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**

<b>Days</b> <i>Días</i>	<b>Monday</b> <i>Lunes</i>	<b>Tuesday</b> <i>Martes</i>	<b>Wednesday</b> <i>Miércoles</i>	<b>Thursday</b> <i>Jueves</i>	<b>Friday</b> <i>Viernes</i>
Work begins at: <i>Empieza a Trabajar:</i>	:	:	:	:	:
Work ends at: <i>Termina de Trabajar:</i>	:	:	:	:	:

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

\_\_\_\_\_ City *Ciudad* \_\_\_\_\_ Zip Code *Código Postal*

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