



Información del Empleo

Debe ser completado por el **PADRE/MADRE**

Como padre necesitando cuidado infantil durante mis horas de empleo:

(Iniciales de padre/madre)

_____ 1. Autorizo a Pathways a comunicarse con mi empleador y verificar toda información sobre mi empleo, incluyendo pero no limitado, a horas de empleo, salario, periodo de pago, la posibilidad de horas extras, propinas o compensación adicional.

_____ 2. Comprendo que solo puedo utilizar los servicios del cuidado infantil durante este periodo certificado con el propósito de trabajar en el empleo y por las horas que he reportado a Pathways.

_____ 3. Comprendo que es mi responsabilidad de informar a Pathways sobre **cualquier** cambio, dentro de 5 días en el calendario. Esto incluye, pero no es limitado, a cambios en el horario de trabajo, salario y lugar de empleo.

_____ 4. Comprendo que es mi responsabilidad proveer a Pathways la documentación correcta sobre mis ingresos. Esto incluye, pero no está limitado a, talones de cheque, cartas de mi empleador, declaración de impuestos completa y firmada más reciente, declaración trimestral de impuesto u otros récords que comprueben el ingreso que he reportado.

_____ 5. Comprendo que debo entregar información sobre mis ingresos durante mi recertificación anual, durante cualquier actualización de mi aplicación o cuando Pathways determine que sea necesario.

_____ 6. Además de mis ingresos de empleo, también debo reportar y entregar copias de la documentación de cualquier otro ingreso (tales como asistencia pública, pagos extra, sustento de menores, pensión alimenticia, etc.)

Si sus horas/días de trabajo cambian de semana a semana, complete #1-3 debajo: Indique aquí si esto no aplica

_____ 1. Comprendo que ya que mis horas de trabajo varían de semana a semana, yo estoy de acuerdo en utilizar solamente el cuidado infantil durante mi actividad aprobada, más el tiempo de transportación aprobado.

_____ 2. Cada tres meses seré requerido a presentar talones de cheque completos, recibidos en el mes que es solicitado, para poder extender los servicios para el siguiente trimestre. Yo comprendo que fallar en entregar la información completa de mis ingresos será la causa para la terminación de los servicios de cuidado infantil.

_____ 3. Los servicios de cuidado infantil proveídos para horarios variables serán reembolsados basándose en las horas actuales de cuidado usadas, de acuerdo a como sean reflejadas en las hojas de asistencia entregadas por su proveedor. Las necesidades de horarios variables no son elegibles para días festivos, ausencias o días por mejor interés.

Entiendo que falta de cumplir con las reglas del programa o los términos de este acuerdo de empleo resultará en la terminación inmediata de mis servicios del cuidado infantil en cual caso seré completamente responsable por pagar todos los costos de mi cuidado infantil. Adicionalmente, entiendo que no puedo alterar los términos de este acuerdo sin previa aprobación escrita de Pathways y que Pathways reserva el derecho a requerir información adicional sobre mi empleo.

He leído y comprendo completamente y acepto los términos de esta póliza para padres empleados.

Nombre de padre o madre: _____ Fecha: _____

Firma de padre o madre: _____

Información del Empleo

Debe ser completado por el **PADRE/MADRE**

Autorización para obtener datos de empleo

Yo, _____ (Nombre del padre/empleador), autorizo a Pathways y sus representantes a verificar mi empleo con el propósito de determinar mi elegibilidad para los programas de pago y asistencia de cuidado infantil. Esto incluye, pero no está limitado a, la fecha que comenzó mi empleo, mi horario de trabajo, mi sueldo, y la localidad de mi empleo.

Con propósito de identificar al empleado, estoy proveyendo la siguiente información, (debe de llenar por lo menos uno):

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ *

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

**Note: La omisión de su seguro social en este formulario no le previene a Pathways el usarlo para verificar su información.*

Firma del padre/empleador

Fecha

**Padres: asegúrense que su nombre esté escrito claramente y que firme e indique la fecha. Formas Incompletas o ilegibles no son válidas.*

Información del Empleo

Debe ser completado por el **PADRE/MADRE**

Nombre del padre/madre: _____ SSN (opcional): _____

Nombre de la empresa/empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección de la empresa/empleador: _____

Nombre del supervisor: _____ Título del supervisor: _____

¿Cuál es su posición? _____ ¿Cuándo comenzó a trabajar? _____

¿Trabaja en la posición mencionada arriba? : Si No (Indique el domicilio actual): _____

¿Es este un trabajo permanente? Si No (Indique la fecha en que termina) : _____

Le pagan: con cheque personal con cheque de la compañía
 en efectivo ***si le pagan en efectivo, favor de entregar una declaración de su empleador indicando sus obligaciones laborales y responsabilidades de trabajo

El día de pago es: semanal cada dos semanas dos veces al mes mensual

Su salario: \$ _____ por _____ (hora, semana, día, mes o año)

Recibe: ¿Propinas? Si No ¿Comisión? Si No

¿Potencial para horas extra? Si No ¿Otras compensaciones? Si No

Indique el ingreso total recibido por el último mes: \$ _____ (Si es si, por favor especifique): _____

Horario:

Período de tiempo para almorzar: 30 minutos 60 minutos Otro: _____ ¿Le pagan la hora del almuerzo? Si No

1. Su horario de trabajo es fijo (igual cada semana) como está especificado a continuación:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Inicio	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm
Final	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm

2. Su horario de trabajo es variable (hay cambios entre una semana y otra).

Días variables: Indique el # máximo de días _____ Horas variables: Indique el número máximo de horas por semana _____

Si aplica: por favor indique el intervalo de días y horas del horario variable:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Inicio	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm
Final	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm	am / pm

Por favor marque el cuadro si el horario es 24 horas por día, 7 días por semana: Si No

3. Calendario rotativo. Por favor especifique: _____

Yo declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información contenida en esta página es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

**Toda la información proveída está sujeta a ser verificada por Pathways.*

PATHWAYS OFFICE USE ONLY

Verified: Yes No Date: _____



Solicitud de Tiempo de Transporte

Nombre: _____ Especialista: _____

Para poder asistirle mejor con su cuidado de niños, necesitamos la siguiente información:

Titulo 5 18086(e)(1)-Tiempo de transportación del lugar del cuidado de niños al lugar de empleo, no puede sobrepasar la mitad del numero total de horas que el padre trabaja por día, con un máximo de cuatro horas por día.

Titulo 5 18087(k)(1)- Tiempo de transportación del lugar del cuidado de niños al lugar de entrenamiento, no puede sobrepasar la mitad del numero total de horas que el padre esta en entrenamiento por semana, con un máximo de cuatro horas por día.

Domicilio de proveedor: _____
domicilio

ciudad código postal

(si hay mas de uno, indique): _____
domicilio

ciudad código postal

Domicilio de actividad: _____
domicilio

ciudad código postal

Su método de transportación (circule):
Carro Autobús Tren Camino Otro: _____

La cantidad de tiempo de transporte que de proveedor a actividad: _____ minutos (cada dirección)

La cantidad de tiempo de transporte que de actividad a proveedor: _____ minutos (cada dirección)

Por favor indique porque necesita esta cantidad de tiempo de transporte:

Yo declaro bajo pena de perjurio que, de acuerdo con las leyes de los Estados Unidos de America y el Estado de California, que la información en esta declaración es verdadera, correcta, y completa.

Firma: _____ Fecha: _____

Uso de Oficina Solamente:

Travel time was verified via: ___ Google Maps, ___ Metro.net, ___ Other: _____

Amount of travel time granted: _____ minutes *to* activity, _____ minutes *from* activity

I attest this travel time is reasonable and therefore approve it: Staff initials: _____ Date: _____