



NASSAU COUNTY
 DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
 60 CHARLES LINDBERGH BLVD., SUITE 160
 UNIONDALE, NEW YORK 11553-3686
 Phone: (516) 227-7976 Fax: (516) 227-8710

SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL VERIFICACIÓN DE EMPLEO
EL EMPLEADOR COMPLETA EL FORMULARIO

NOMBRE DEL PATRONO/EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____
 _____ **TELÉFONO:** () _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

DIRECCIÓN: _____
 _____ **TELÉFONO:** () _____

DE SEGURO SOCIAL: _____ (*Opcional – Sólo para verificación de ingresos según la Directiva Administrativa del Estado de NY 05-OCFS-ADM-03*):

NATURALEZA DEL EMPLEO: _____

FECHA DE COMIENZO O CUANDO COMENZARÁ EL EMPLEO: _____

Días de Empleo

- () Lunes
- () Martes
- () Miércoles
- () Jueves
- () Viernes
- () Sábado
- () Domingo

Horas de Empleo

- De _____ A _____
- De _____ A _____
- De _____ A _____
- De _____ A _____
- De _____ A _____
- De _____ A _____

Comentario sobre horas/días irregulares: _____

Ingreso Bruto: _____ **Por:** () día () semana () mes () año.

¿Recibirá el cliente el formulario 1099 a final del año? () Sí () No

La información anterior es verdadera según nuestros archivos de empleo de la persona arriba mencionada.

Patrono/Empresa Nombre (Print Name)

Patrono/Empresa Firma Autorizada
(Employer Authorized Signature)

Sworn to before me this
 _____ day of _____, 20____

Date _____

 Notary Public

Reviewed by: _____
Day Care Worker

Date