



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

DAY CARE SERVICES SELF-EMPLOYMENT/INDEPENDENT CONTRACTOR VERIFICATION
SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL
VERIFICACIÓN DE EMPLEO PROPIO / CONTRATISTA INDEPENDIENTE

Yo, _____, por este medio verifico lo siguiente:
 Tengo empleo propio / Soy contratista independiente (Subraye uno)

NOMBRE DE LA EMPRESA (Si alguna): _____

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

de Seguro Social: _____ (Opcional - para verificación de ingreso solamente según la Directiva Administrativa del Estado de NY 05-OCFS-ADM-03):

NATURALEZA DEL EMPLEO: _____

FECHA DEL COMIENZO O QUE COMENZARÁ EL EMPLEO: _____

Días de Empleo

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

Horas de Empleo

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

Comentario sobre horas/días irregulares: _____

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

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

**** FAVOR DE INCLUIR DOCUMENTOS DE IMPUESTOS MÁS RECIENTES VERIFICANDO SUS INGRESOS. ****

Nombre Impreso (Print Name)

Firma (Signature)

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

Date _____

 Notary Public

Reviewed by: _____
 Day Care Worker

 Date