



Paquete para Empleo Propio



La siguiente información es necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia de cuidado de niños.

Nombre de trabajador de CCCAP o ext.: _____ Fecha: _____

CCCAP Nombre del Cliente: _____ Seguro Social #: _____

=====SER LLENADO POR EL PATRON=====

Nombre de empresa: _____

Domicilio de la empresa: _____

Ciudad/Estado

Primer día de empleo: _____ Fecha del primer pago: _____

Horario de trabajo semanal: (Por favor lista típica es decir, horario 9-5)

DOM	LUNES	MARTES	MIER	JUEVES	VIER	SAB	TOTAL HRS POR SEMANA

Por favor llenar sus horas semanales – si horarios son flexibles, por favor, marcan los días regulares que no trabaja (LIBRE)
Llenar en otros días como mejor puede, incluir más tiempo en/último tiempo.

Si el horario es FLEXIBLE: promedio de horas a la semana _____ (mínimas horas) _____ (máximas horas)

Horario de llegar – Mas temprano _____ Mas tarde hora de salida _____

Tasa de pago: _____ Salario brutos mensual: _____ Impuestos retenidas Sí No

¿Con qué frecuencia paga? Semana Bi-semanal Dos veces al mes Mensualmente Otros _____

Ingresos adicionales (Bonos de horas extras/ Comisiones/Propinas *) Sí (en caso afirmativo llena lo siguiente) No

Cuánto: _____ Con qué frecuencia: _____ *Si recibe propinas, qué porcentaje reporta: _____

La persona anterior ha indicado que él o ella trabajan con su negocio. Por favor completar la siguiente información y devolverlo al empleado o directamente a AFS en la dirección o el número en la parte inferior de la página.

Confirmando que la información es completa y precisa:

Nombre con letra de molde _____

Título _____

Firma _____

Número del teléfono _____

Fecha _____

Adams County Department of Human Services
Colorado Child Care Assistance Program
11860 Pecos St.
Westminster, CO 80234

Teléfono: 720-523-2337
Fax: 720-523-2201
Email: AdamsCCAP@adcogov.org