

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. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Pathways si los ingresos de mi familia excedan el 85% del Ingreso Mediano del Estado dentro de 30 días. También puedo informar voluntariamente cambios que resulten en un cambio positivo en mi nivel de servicio, como un aumento en mis horas de trabajo, o la disminución de mis ingresos que resultará en una reducción de mi cuota familiares.

_____ 3. 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 más reciente (debe estar completa y firmada), declaración trimestral de impuesto u otros récords que comprueben el ingreso que he reportado.

_____ 4. 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.

_____ 5. Además de mis ingresos de empleo, también debo reportar y entregar copias de la documentación de cualquier otra fuente de ingresos (tales como asistencia pública, pagos extra, sustento de menores, pensión alimenticia, etc.)

_____ 6. Entiendo que mi especialista determinará mis horas de elegibilidad, basadas en las horas de trabajo verificadas y los talones de pago presentados. Si las horas reflejadas en mis talones de pago no coinciden con un horario fijo, y reflejan horas de trabajo variables, mis servicios serán aprobados en un horario variable. Si no estoy de acuerdo con la decisión, podre presentar una Apelación, y se me requerirá presentar documentación para verificar las horas reportadas y confirmar un horario fijo.

_____ 7. Durante mi certificación inicial o recertificación anual, si trabajo un horario variable, tendré que presentar tres meses de talones de cheque, más recientes y completos, para extender los servicios por los siguiente 12 meses. Estoy consciente, que al fallar en presentar la información completa de mis ingresos, los servicios de cuidado infantil serán terminado.

_____ 8. Los servicios de cuidado infantil proveídos para padres con horarios variables, serán reembolsados basados en las horas actuales de cuidado utilizado, de acuerdo a las horas reflejadas en las hojas de asistencia entregadas por su proveedor. Autorizaciones en horarios variables no son elegibles para reembolso para días festivos, ausencias, o días por mejor interés.

Entiendo que al no 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: _____

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: _____ - _____ - _____

* Por favor indique si es necesario para identificación se con su empleador

Fecha de nacimiento: ____/____/_____

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 validas.*

Información del Empleo

Completado por el **PADRE/MADRE**

Nombre del padre/madre: _____

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? _____

Horas de Operación del Negocio: _____

¿Trabaja en la dirección 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 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 número de días _____ Horas variables: Indique el número máximo de horas por semana _____

Si aplica: por favor indique el rango 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

Work Number Required: Yes No Verified: Yes No Initials: _____ 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 número 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 número total de horas que el padre está en entrenamiento por semana, con un máximo de cuatro horas por día.

Domicilio de proveedor: _____
domicilio
ciudad _____ código postal _____

(si hay más 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: _____

Office Use Only:

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: _____