Pathways LA

Información del Empleo

Completado por el **PADRE/MADRE**

Como padre necesitando cuidado infantil durante mis horas de empleo:
(Iniciales de padre/madre)

_____ 1. Autorizo a Pathways LA 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 LA 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 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.

_____ 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 mis ingresos fluctúan, tendré que presentar dos meses de talones de cheque, más recientes y completos, para extender los servicios por no menos de 12 meses para (programas C2AP y C3AP) o 24 meses para (programas AP, CSPP y CCTR).. 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 LA y que Pathways LA 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: _____

Pathways LA

Información del Empleo

Completado por el **PADRE/MADRE**

Autorización para obtener datos de empleo

Yo, _____ (Nombre del padre/empleado), autorizo a Pathways LA 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):

Fecha de nacimiento: ____/_____/_____

_____ _____

Firma del padre/empleado **Fecha**

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

Pathways LA

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 LA OFFICE USE ONLY

Verified: ☐ Yes ☐ No **Via**: ☐ Paystubs ☐ Employer ☐ Other Initials: _____ Date: _____

Pathways

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: _____