



## REFERENCIA PARA EL EMPLEADOR SOBRE INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL EMPLEADO

**El empleado debe completar esta parte**  
**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Yo, (nombre del empleado) \_\_\_\_\_, autorizo a mi actual/anterior  
(en letra de imprenta)  
empleador, \_\_\_\_\_,  
(nombre en letra de imprenta de la empresa/de la organización/del empleador/del propietario)

a divulgar mi información de empleo/ingresos a la Administración de Servicios para Niños de la Ciudad de Nueva York (NYC Administration for Children's Services).

Dirección de residencia del empleado \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**El supervisor del empleado, el personal o el Departamento de Nómina deben completar esta parte**

**Nota:** La Administración de Servicios para Niños puede comunicarse con usted por teléfono para verificar su información de empleo/ingresos.

**La persona antes mencionada solicita/recibe servicios de cuidado infantil financiados con fondos públicos. Para determinar la elegibilidad financiera, se requiere la verificación de los ingresos de los últimos tres (3) meses.**

¿El empleador es un establecimiento de comida rápida? [ ] SÍ o [ ] NO

¿El empleador es una pequeña empresa que cuenta con 10 empleados o menos? [ ] SÍ o [ ] NO

**Período de empleo:** Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dejar en blanco si aún trabaja)

Fecha de regreso al trabajo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (si tiene licencia)

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

**Horario habitual de trabajo**

Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Ingresos brutos: \$ \_\_\_\_\_ El pago de los ingresos es [ ] semanal [ ] bisemanal [ ] quincenal [ ] mensual

Ingresos brutos por hora: \$ \_\_\_\_\_

**Información de nóminas brutas de los últimos tres (3) meses**

**Detallar las horas extras, si hubiere, en la columna correspondiente. Solo completar las secciones correspondientes a continuación.**  
Los empleados de servicio deben recibir una combinación de propinas y salarios conforme a lo estipulado por la ley de salario por hora mínimo del estado de Nueva York.

	PERÍODO QUE FINALIZA EL	HORAS TRABAJADAS	INGRESOS BRUTOS	HORAS EXTRAS	PROPINAS	OTROS INGRESOS	
						MONTO	TIPO
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

Nombre del empleador/de la empresa (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

N.º de identificación fiscal (federal): \_\_\_\_\_

*Juro o afirmo que toda la información financiera que proporcioné en relación con el empleado antes mencionado es verdadera y precisa.*

Firma del empleador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_